

普遍主義的医療制度における公私混合供給の展開

—スウェーデンにおける患者選択制の検討—

松田 亮三

■ 要約

スウェーデンの普遍主義的医療制度は、分権化した責任構造のもとで公共サービスとして発展してきており、1990年代に導入された供給—調達機能の分離以降、患者の選択および供給者の多様性の増大が追求されている。本稿では、2006年に成立したラインフェルト中道右派連合政権のもとで進められている、医療サービスにおける公私混合供給の促進政策とその影響について文献資料を用いて検討する。

いくつかの先行的取り組みをふまえて、2010年より住民が基礎医療（プライマリ・ケア）の利用医療機関を選ぶようにすること、すなわち住民による選択可能な体制の確保がランスタングの義務とされた。具体的な運用については異なり、ランスタング間の状況には大きな差があるものの、基礎医療分野での私的供給は総じて増大している。普遍主義を実現する方策として公私混合供給が広がりつつあるが、その妥当性を評価するにはなお時間を要するであろう。

■ キーワード

医療政策、患者の選択、公私混合供給、スウェーデン、普遍主義

I はじめに

巨額の費用を要し、生命と健康に直結する医療は、現代福祉国家の重要な構成要素であり、社会保障の主要な領域の一つである（Moran, 2000; Freeman and Rothgang, 2010）。スウェーデンの医療制度は、主に租税を財源とした公共サービスとして、医療サービスの財政・供給の両面について地方公共団体ランスタングが主要な役割を担う国家医療制度（National Health Service, NHS）である（西村, 1999; Glenngård et al., 2005; Blank and Burau, 2010）。このような公共サービス中心の、そして分権化された普遍的医療制度は北欧福祉国家の特徴であり、それらが「公共サービス国家」とも言われてきた理由の一つでもあった

（Lehto et al., 1999; Magnussen et al., 2009; Alban and Christiansen, 1995）。

医療制度を通して医療へのアクセスを公平にすべての人々にもたらすことは福祉国家スウェーデンの試金石であり（Glenngård et al., 2005）、それは包括的で制度化され普遍的であるという北欧福祉国家の基本的特徴と合致している（Lundberg et al., 2008）。その形成を推進したのは福祉国家スウェーデンの構築を主導してきた社会民主党を中心とした左派ブロック政権であった（岡沢, 2009）。だからこそ、80年代以降の福祉国家の「危機」あるいは「再編」「挑戦」とかかわり（岡沢, 2009）、医療制度が問われてきた。待機的手術などでの待機期間の長さという問題だけでなく、住民の医療に対する要望の高まりとそれへの対応の不十分さ、より侵襲性の低い手術の開発などの

医療技術の変化、高齢化の進展によってもたらされているより統合した医療・福祉サービスの必要性、不安定な経済状態は、福祉国家スウェーデンの医療に大きな課題を投げかけ続けている (Rac, 2005)。

特に、80年代末後半そして1990年代の経済危機の下では、財政の制約性のもとで費用抑制と質の保障をどのように追求するかが厳しく問われた (Calltorp, 1996; Glengård et al., 2005: p.95)。ダーナヤストックホルムなどで大胆な運営改革が行われ、運営上の供給機能と購入機能の明確な区分の導入、実績に応じた支払方式の導入、などが取り込まれた (Harrison and Calltorp, 2000)。1991年にはスウェーデン福祉国家が転換期を迎えつつあることを予期させる「選択の自由」を掲げたブルジョア政権が成立し (岡沢, 2009)、医療においても民間部門を含めた「市場」機構の導入やケア保証の導入が試みられた。翌年高齢者ケアの責任を明確にするエーデル改革が実施され、これに合わせて民間事業者の活用が導入された。しかし、1994年には再び社会民主党政権となり、「市場」機構は後傾に退き、高齢者などのケアとの連携を含めて病床の効率的利用を図る医療改革が積極的に進められ、同時に公共医療サービスにおける優先付けの枠組みが形成された (Harrison and Calltorp, 2000; Calltorp, 1999; Glengård et al., 2005: p.101)¹⁾。こうして90年代には、医療供給における民間部門の割合が増加するなど動揺の兆しはみえたものの、普遍主義、高度な質、租税財源、公共部門による供給といったスウェーデン医療の基本的な性格が崩れることはなかった (Lehto et al., 1999; Heikkilä et al., 1999)。

2006年に成立したラインフェルト4党連合中道右派政権は、医療制度への私的供給の導入と競争の促進などによって、医療サービスへのアクセスと効率を向上させようとしている。同政権は2010年の総選挙でも存続し、これらの政策を継

続して実施する在任期間を得ている。この政権の推進する医療政策について、特に90年代からの争点である患者・住民の「選択」あるいは民間事業者の参入規制の緩和による供給者の多様化推進政策について、本稿では検討する。医療・福祉連携サービスの必要の増加や財政緊縮圧力という政策形成の文脈と普遍主義という「守るべき点」 (島崎, 2011) にかかわって、中道右派政権の下で推進されている選択の自由の推進によって普遍主義が揺らいでいるのか、揺らいでいるとすればそれはどのようなものなのかを分析していく。

まず、スウェーデンの医療制度を概説した上で、90年代から試みられてきた「市場」機構導入を概観する。次いで、現在進められている「選択システム」の導入が既存の供給・財政・規制にどのような変化をもたらすものなのか、を検討する。最後に、供給者の多様化がどの程度進められているかを利用可能な資料から検討し、「選択システム」の導入がスウェーデン医療制度に与える影響を検討する。

II 医療制度の特徴

一政策実施の枠組みを中心に

スウェーデンの医療制度については概説や詳細な検討が利用可能であり (島崎, 2011; 新井, 2011; 西村, 1999; スウェーデン医療保障制度に関する研究会, 2009; Glengård et al., 2005)、ここでは本稿の主題にかかわって重要な点を中心に記述する。

スウェーデンの医療制度の目標は、その枠組みを定める1982年医療法 (SFS 1982:763)²⁾ によって、すべての人々に公平に良好な健康と医療をもたらすことにあるとされ、最も必要の高い人に優先的なアクセスを与えるものとされている (第2条)。つまり、居住地、社会的地位、性別、民族などによらず必要に応じて医療を利用できること、

すなわち医療へのアクセスを普遍的に保障するという意味での公平とともに健康そのものの公平を追求することが目的とされている（松田, 2009;

Magnussen, 2009）。租税にもとづく普遍的な公共サービスとしての医療制度の確立と負担可能な範囲で上限が定められた利用者負担と公衆衛生政策にこの理念は体现されている（Ågren, 2003）。

広域自治体であるランスタングが、住民に医療を提供する責任と権限をもっている（第3条³⁾。中央政府の政策はこの枠組みの変更でもありうるし、財源・供給などにかかわるさまざまな規制やガイドラインによって枠組みの運用を方向づけるものでもありうる。（Fredriksson et al., 2012）。ランスタングは住民選挙によって選ばれる政治的機構であり、自らの責任を果たすために、制度運用について広範な権限を与えられている。歴史的には医療におけるランスタングの権限と責任は病院サービスに限られていたが、80年代以降基礎医療（プライマリ・ケア, primärvården）を含んだ医療サービスの供給全体に責任をもつようになった（Glenngård et al., 2005⁴⁾。

90年代前半から自治体内部の組織運営に大きな裁量が認められており、一つの枠組みの中でランスタングごとに異なる医療制度が運用されている。制度改革は個々のランスタングでの試みが先行する場合が多く、分権化が進んだ90年代にはむしろ国の支配力が低下したと考えられている（Anderson et al., 2008）。

ランスタングは、医療の主要財源である地方所得税の税率を定めるとともに、枠組み法の中で効率的にまた住民に満足のいくサービスを実施していく義務がある。さらに、ランスタングはコミュニケーションとともに連合会を形成し、中央政府と交渉にあたり、医療の運営にかかわる調査研究・情報交換などを行っている（SALAR, 2011a）。

1980年代そして1990年代、国とランスタング

は協議などにより、支出と課税の制限を設けることにより、医療支出を抑制してきた（Calltorp, 1996; Harrison and Calltorp, 2000; Anell and Svarvar, 1999）。中央政府により課税率の上限が設定されているので、ランスタングは財政管理を重視した運営を行っている。医療支出（対GDP比）は1982年には9.2%となったが、1994年には8.0%まで下がり、以後漸増傾向にある。また平均寿命や乳児死亡率でみた健康状態は世界で最もよい水準にある。一方、医療支出にしめる公共支出の割合は、1980年92.5%から1990年89.9%とわずかに減少した。統計作成方法の変更後では、1996年に86.99%であったのが、2005年には81.2%となっている（OECD, 2011）。

供給面においては戦後病院における専門医療が中心となって発達し、ケア・センター⁵⁾を中心にした基礎医療の展開が広がるのは20世紀の後半になってからである。また、多くの医師が病院あるいはケア・センターでの勤務に対して雇用され、自営などにより医業を営むものは少数であった。さらに、英国やデンマークのような登録医制度が一律的に実施される状況ではなく、患者は病院・専門診療所・一般診療所を選んで受診できることが伝統である（Glenngård et al., 2005）。

先進諸国の医療制度との比較では、スウェーデンの医療は業績良好であり、特に、質、アクセス、新薬剤の導入などで優れている。なお、課題が大きい待機期間についても29か国中6位である。つまり、不効率や課題がないとはいえないが、全体的にみれば良い業績であると評価されている（SALAR, 2008）。

III 選択システムの導入と民間事業者の活用による供給の多様化

ラインフェルト政権は、90年代に短期に終焉した民間事業者参入の自由化、ランスタングに

よる「選択システム」導入の義務化、最長待機期間保証（ケア保証）の法定化など、医療における利用者・供給者の権限を変化させ、「市場」と潜在的な場合も含めた「競争」を重視した政策を展開してきている。以下では、90年代から2005年にかけての患者の選択および供給者の多様化をめぐる政策について病院・基礎医療のそれぞれについて概観した上で、現在進められている同政権の政策について記述・分析する。

1. 医療の選択と「市場」機構の導入—2005年までの動向の整理—

福祉国家における人々の選択の自由とそれにかかわる公共部門のあり方あるいは市場機構の制御のあり方は、他の多くの先進諸国と同様にスウェーデンにおいても重要な政策論点であり続けている（宮本, 1999: pp.139-167）。1970年以降に明らかになった福祉国家の正統性の動揺においては、税率や福祉給付の程度のみならず公共部門のあり方、官僚主義に対する改革の必要性が課題となった（Petersen, 2011）。公共サービスにおける利用者の選択の幅を広げるという論点は、官僚主義に対する改革の必要性がほぼ共有されていた80年代半ばにパルメ首相も言及していた（Palme, 1986）。しかし、その実現方策については二つの異なる路線があった（Olsson and Cohn, 1995; Petersen, 2011）。一つは、公共部門によるサービス供給を維持しつつ、内部的な市場と競争を導入し効率性を上げ利用者の要望により対応できるものにするという社会民主党の路線であり、もう一つは供給における公共部門の役割を引き下げ民間部門による競争の下での供給を行っていくという保守派政党らの議論である。どちらの方策においても市場機構の活用や競争の導入は語られるものの、公民の役割のあり方においては全く異なるものであった。

結果的に、患者の医療機関の選択の拡大と供給

者の多様化は、もっぱら公的部門の組織改革によって推進されてきた（Petersen, 2011）。ランスティングへの分権構造を基礎としつつ、90年代前半には「市場機構」による改革が試みられ、90年代後半には財政緊縮圧力のもとで、より財政的に安定な委託（あるいは契約）などを中心にした改革が行われた（Blomqvist, 2004; Harrison and Calltorp, 2000）。新公共行政（NPM）の影響のもとで、サービス調達（支払または購入）機能と供給機能を区分する組織改革が進められ、90年代半ばには過半数のランスティングがそのような改革を実施した（Christensen and Lagreid, 2001）。従来のスタッフが設立した労働者協同組合への委託、公共事業体への委託など多様な契約が導入され、公民関係もいっそう複雑になっていった（Saltman, 2003）。こうした1990年代の民間事業への移行論は生産性の向上と費用の抑制を目的としていたが、それらが医療サービスの質に懸念があるだけでなく、総費用を上昇させることへの危惧が浮上した（Harrison and Calltorp, 2000）。こうして90年代後半にはむしろ「市場」よりは契約による委託が広がったが、これには取引費用を増加させるとともに、供給者の多様性を損なうという批判が持ち上がった。こうして、利用者の選択がキーワードとして再び登場することとなった（Anell, 2011）。

この時期、患者の選択を拡大する政策が、北欧諸国・英国など多くのヨーロッパ諸国でとられ（Vrangbaek et al., 2012; Thomson and Dixon, 2006）、スウェーデンでも重要な政策上の論点となった。1994年の家庭医法によって、患者が自由にかかりつけ医を選択できる措置をとる責任がランスティングに課せられた。一方、病院・専門医の診察については、ランスティング連合会が選択の自由を推進する勧告を行った。さらに、病院の選択に向けた待機期間データベースなど、全国的情報基盤の整備も行われた（National Board of

Health and Welfare, 2002: p.321)。

スウェーデンは1995年にEUに加盟したが、90年代後半からはEU域内において国境を超えた受診に関する各国の責任が大きな論点となり、待機期間が診療の結果を変更するほど長いなどの条件が成立した場合には、国家がその診療についての支払義務を負う場合があることが明確になってきた (Martinsen, 2005)。患者にとっては一定の条件が満たされた場合にはEU内の他国で受診するという選択が立ち現われてきたことを意味する。

ランスティング連合理事会は、主に入院医療サービスについて患者の選択を保障する1989年の勧告(「医療における選択についての勧告」)を改訂し選択の幅を拡大する提案を2000年に行った (Landstingsstyrelserna et al., 2010; Nordgren, 2010; Fredriksson et al., 2012)。その内容は、公共の資金を用いる医療について、居住地のランスティング内で基礎医療の施設および供給者・専門医・病院についての選択を与えられること、非居住地のランスティングではそれぞれのランスティングの紹介ルールに従って受診機会を与えられるべきであること、非常に費用の高い医療サービスについてはあらかじめ居住地のランスティングの許可を必要とすること、居住地以外のランスティングで受診する際の交通費は受診者が負担すること、というものであった。診療に要する費用は利用された病院などから居住地のランスティングに請求させることになることから、その実施に頑強に抵抗するランスティングもあったが、最終的にこの勧告は2005年からすべてのランスティングで実施された (Swedish Institute, 2010; Fredriksson et al., 2012)。2006年における勧告の実施状況を調べた研究では、ランスティング間で実施の程度が著しく異なること、北部より南部のランスティングで実施の程度が高いことが示されており、政治的多数派の状況が中道右派ブロックであること、経済的に豊かであることと実施状況がかかわって

ることが示唆されている (Fredriksson and Winblad, 2008)。

(1) 病院

1860年代の設立時から病院はランスティングの所管業務であり (Serner, 1980)、通常ランスティングはいくつかの医療地区ごとに病院を設置している。ランスティングは連携して6つの医療圏域を構成し、それぞれの医療圏にある大学病院(運営はランスティングが行っている)は全国的位置付けをもった高度な医療サービスを分担実施している。病院の多くのはランスティング設置によるものだが、都市部を中心に民間病院が存在している⁶⁾。伝統的に公立病院で勤務する医師は私的診療も併せて行っていたが、1969年の「7クラウン」改革の際に、病院で勤務する医師は公共部門の雇用者となり、そのような行為を制限されることとなった (Blomqvist, 2004)。

患者は居住地の近くの病院あるいはケア・センターに「所属」するように、近隣施設を利用することが原則であった。しかし、先に述べたように1980年代後半よりこの原則は緩和されていった。待機的手術などでランスティング内の他医療地区さらに周辺のランスティングでの受診が可能となるようになり、2000年以降は病院・専門医サービスの選択が広がった (Paulson, 1995; Saltman and von Otter, 1992; National Board of Health and Welfare, 2002: 321)。一方、待機期間の短縮のため、民間病院への手術委託が行われた。さらに、エーデル改革などにより90年代には病床利用の効率化が促進され、合併などによって病床数が半数近くにまで減少した (Harrison and Calltorp, 2000)⁷⁾。一方、待機期間は深刻な問題であり続け、ランスティング連合は2000年代の初めから待機期間についての各ランスティング病院でのデータを公開するようにした (Vrangback et al., 2012)⁸⁾。

ランスティングは費用の抑制を期待して、病院サービスの外部委託を推進し、同時に民間事業者への割譲も実施した。

90年代には病院とナーシングホームで就労する雇用者の数は激減した。1993年には288,275人だったのが2000年には235,010人と、18%の減少をみた (SOU, 2002: p.311)。1990年代に公的財政を用いた民間事業者による供給は緩やかに上昇し、民間営利病院で就労する雇用者の数も増加した。しかし、より顕著な変化は、公共部門出資による企業の移行であった。1999年から2000年にかけて、ヘルシンボロ病院などが公営企業組織に改組された。これにより、このような企業に雇用される労働者は1万2,000人増加し、公営企業の病院・ナーシングホームで就労する医療従事者の割合は全体の約5%となった。同時期に非営利病院の雇用者数の変化はあまりなく3,500人前後を推移したが、営利病院の雇用者数はおよそ倍増し約6,300人となり、これは病院・ナーシングホームで就労する医療従事者の約2%となった。2000年には、すでに公設民営となっていたストックホルムの聖ヨーラン病院が私経営に移行し、これは私企業での就労者をさらに押し上げた (Saltman, 2003; Anell, 2011)。

2000年の総選挙で再選した社会民主党は、救急医療を担当している病院サービス（ほとんどの一般病院がこれに該当する）の民間委託を2002年まで凍結し (SFS 2000: 1440)、委託・調達のあり方についての調査を進めた。その結果、公共サービスに限って業務を受託する企業に委託をすることが適当であり、例えば民間保険会社との契約によるサービス供給を合わせて行う企業に委託することは妥当でないとされた (SOU 2003: p.38)。この結果にもとづく規制が実際に行われたのは2006年の政権交代の年であった (Anell, 2011)。

(2) 基礎医療

スウェーデンでは、基礎医療 (primärvården) の概念が法的に定められている⁹⁾ (Bourqueil et al., 2009)。医療法第5条によれば、基礎医療は外来医療の一部であって、疾病・年齢・患者属性にかかわらず、基礎的治療、看護、予防、リハビリテーションなどの一病院の資源・その他の専門的力量を必要としない一人々の必要を満たすものである (Ministry of Health and Social Affairs, 2003)。

歴史的には、18世紀から地区医師 (provinsialläkare) と呼ばれる医師の公的雇用がなされ、その全国的普及を行っていたスウェーデンであるが、入院医療の公共サービス化が先行する中で、1930年代には外来医療の多くが開業医によって供給されていた (Sermer, 1980)。このような状況は1940年代から推進された公共供給中心の構想が実現されていく中で変化し、1980年頃には基礎医療の9割が公共部門に雇用されている医師によって供給されるようになっていた (Sermer, 1980)。

82年医療法では、基礎医療へのアクセスを確保することがランスティングの義務として課せられ、ケア・センターの数が急増した (Hjortsberg and Ghatnekar, 2001: p.38)。一方、費用抑制の圧力が高まる中で、ランスティングは基礎医療への支払方法についても調達・供給機能の分離など新しい方法を試みた (Garpenby, 1994)。1991年に成立した保守・中道政権はランスティング内におけるかかりつけ医選択の自由を確保することを義務とし、家庭医法 (husläkarlag) (1993: 588) により、全国診療報酬表により支払いを受ける基礎医療および外来理学療法についての新規参入を認可制とするとともに、ランスティングには公私の基礎医療供給者を支払の面で対等に扱うことを義務付けた (Anell, 2011)。

選択の自由と民間活用とを組み合わせたこの政策により、私的経営を営む一般医および外来理学療法士の新規参入は都市部を中心に急速に増加し

たが、後者については1995年に社会民主党政権が復活する中であまり大きな影響をもたなかった¹⁰⁾ (Anell, 2011; 西村, 1999; Anell and Svarvar, 1999)。

1995年には基礎医療サービス供給には、基礎医療分野で専門研修を修了した一般医であることが要件とされるようになった (Glenngård et al., 2005: pp.78-80)。1997年には、5,000人の一般医が登録しており、4,025人が基礎医療分野で就労している。そのうち、86%が公立ケア・センター、12%が私立ケア・センターで勤務し、7%が開業診療を行っていた (Hjortsberg and Ghatnekar, 2001: p.40)。1999年の医療サービス発展計画では、基礎医療の強化が位置づけられた (Prop. 1999/2000: p.149)。

2. ラインフェルト政権による「選択の自由」の推進

2006年の政権交代後、スウェーデンの医療政策は大きく変化しつつある (Anell 2011)。中道連合政権は、病院サービスの委託規制の撤廃、基礎医療領域での患者選択制の導入、ケア保証の義務化、患者情報保護の強化、国営医薬品販売会社 Apoteket の分割民営化および医薬品小売参入への規制緩和、歯科医療におけるバウチャー制度・参照価格制度の導入、など多様な事業者の参入と競争を重視した政策を推進している (岡部, 2010)。

患者の選択と供給者の多様化については、まず自由選択制法 (Lag om valfrihetssystem, LOV) (SFS 2008: 962) の施行 (2009年1月) によって、医療・福祉・教育などの「公共サービス」の市場調達を行う仕組みが整えられた。さらに、2009年の医療法改正 (SFS 2009: 140) により、2010年1月1日から、ランスティングは基礎医療においてケア選択制の導入すなわち利用者が供給者を選択できるようにする仕組みの構築に責任を持つこととなった。同時に、90年代の家庭医法と同

様に、基礎医療供給者については一定の条件を満たした場合には公的費用の支払い対象となる認可制度とし、ランスティングの裁量権を縮小した (岡部, 2010; Anell, 2010, 2011)。

すでに2007年にハッランド次いでストックホルム、ヴェストマンランドで、住民の選択制を構築する改革が行われており、2009年法改正はそれを全国的に普及するものであった (Anell, 2010; 岡部, 2010)。自由選択制法による仕組の下で、自治体は公募調達するサービスについての情報を、行政管理サービス庁が設置しているオンライン・データベース「選択ウェブ」に掲載しなければならず、供給事業者はこれを利用し、全国的な公募情報を収集し参入を決定する。

公募にはさまざまなものがある。例えば、ある地域の選択制医療といった大まかな掲示がデータベースに登録され、詳細は各ランスティングのウェブで情報提供しているものがある。一方、精神医療サービスの一部としての成人心理療法、予防接種、聴覚障害のリハビリテーション、外来白内障手術、皮膚科での光線療法、小児科診療、糖尿病の足部ケアといった具体的なケア事業で掲載されている場合もある¹¹⁾。

法によって公募に際しては公的供給者と私的供給者は対等に扱われる。調達の際は当該サービスを供給する条件を満たしている上で、サービスの質での評価によって委託事業者が決められ、事業者間で価格競争を行うことは許されていない。この公募の仕組みを用いて、複数の供給者がサービス調達を行うことにより利用者の選択制が実現することになるが、それは同時に供給者間競争を促すことを意味する。なお、2009年の法改正では基礎医療を提供する場合に専門家庭医の診療を受けられるようにすることを義務づける規定が削除され、参入障壁が減らされた (岡部 2010)。

一方、ランスティングが供給者に支払う方法については新たな規制は導入されていない。したがっ

て、供給者からすると理論的にはそれぞれのランスタイングの提示する条件を考慮し販売戦略を考えることとなる¹²⁾。

以上、2009年医療法改正は90年代後半から議論され推進されていた供給者の多様化あるいは患者の選択の推進の延長上に位置付けられるものだが、制度上の特徴として次の3点を指摘できる。

第1に、公共部門の供給者と民間部門の供給者を対等に位置付けることを明確にし、また基礎医療における民間事業者の参入規制を緩和することで、民間事業者の大胆な活用を志向していることである。これは社会民主党政権下では、あくまでも公共部門あるいは非営利企業を中心とした供給の多様化であったのと明確に異なる点である (Blomqvist, 2004)。

第2に、80年代に確立した分権化した医療政策の構造を大枠では変化させないものの、単に供給者の多様化を図るという方向性だけでなく、「選択システム」の導入、民間事業者の参入、全国的な調達情報の集約による取引費用の削減など、より中央政府が主導する政策スタイルになっていることである。患者の選択を広げる施策にかなりの地域差があるなかで、中央政府と地方政府の対話や協定によってそれを実現するソフト・ロー的規制から、法律によって全国的に実施するハード・ロー的な方法がとられている (Fredriksson et al., 2012)。

第3に、供給者への支払方法を定める権限や、どのようなサービスを選択可能とし公募するかを決める権限はランスタイングが持っており、分権化した医療政策の基本構造は維持されている。ランスタイングは居住している患者がほかのランスタイングで受診した場合にはその費用を支払わねばならないという財政的圧力を受けており、公民の供給者の実績をみつつ支払方式と委託の基準を検討することになる。

3 患者の選択・公民関係の変化の状況

(1) 選択システムの多様な展開

2010年から全ランスタイングで実施されているとはいえ、支払い方式を含めて選択制の具体的な運営は各ランスタイングが定めており、2009年法は法改正から実施していたランスタイングに対して運営方法の修正を要請するものではない。運営方法を大まか分けると、基礎医療を一括して選択制を導入している場合と基礎医療をさらにいくつかのサービスに区分して導入している場合がある。多くは前者の方式をとっており、2011年の4-5月に競争委員会が実施した調査では、15のランスタイングがこれにあたる (Konkurrensverket, 2011)。ここでは、法制定以前に選択システムを導入していた3ランスタイングについて紹介しておく (Anell, 2010; Proposition, 2008; SOU, 2008)。

ハッランドでは、外来医療について病院の占める割合を減らし、基礎医療が占める割合を80%まで高めることを目標としている。一定の施設・人員を備えた場合基礎医療事業所 (vårdenhet) として認可を受けて公的医療制度を担うこととなる。個人は自らの希望あるいはランスタイングの推薦によっていずれかの基礎医療事業所に登録するが、希望すればほかのケア・センターを利用することができる。ランスタイングから基礎医療への支払いは80%以上が登録者数を基礎とし年齢調整を行った人頭払いである。登録率が低いケア・センターについて支払額を減らす経済的インセンティブを導入しており、事業者に専門医や専門看護師を雇用しサービスの幅を広げることを推奨している。供給者は基礎医療に関するサービス・検査費用などについての包括的な財政責任を有する。登録者がほかのケア・センターを受診した場合の費用にもこれに含まれる。登録者が受診した場合の利用者負担は、ケア・センターの収入となる。

ストックホルムでは、民間参入を促し選択肢を増やすため、基礎医療を家庭医サービス、小児医

療、産科医療、足部ケア、言語療法という5つの領域に分けて認可を行なっている。住民は希望する場合、家庭医などの医師を単位とし登録することができる。供給者への登録者数と年齢に応じた加算による支払いは、支払いの中で40%以下を占めるに過ぎない。供給者は検査への財政責任は持つが、ほかのケア・センター受診の財政については別扱いである。受診時には登録した医師とそうでない医師で利用時負担は異ならないが、所定の金額まで用いることができるバウチャーを登録者に発行している。

ヴェストマンランドでは、事業所は基礎医療の供給に包括的に責任をもつ。住民はハッランドと同様に基礎医療事業所に登録をする。事業所への支払いの88%が登録人数による人頭制である。

ハッランドと同様に、診察時の利用者負担は事業者の収入となる。財政についてもハッランドと同様の責任をもち、登録している事業所以外を住民が利用した場合の費用は、その住民が登録している費用を支払わねばならない。供給者は認可制度ではなく、公共入札によって選ばれる。

これら3つのランスティングではほかのランスティングと同様に健康増進の取り組み、待機期間の短さ、ガイドラインにしたがった薬剤の処方、糖尿病患者登録事業への参加など、業務実績に応じて支払いが追加あるいは削減される仕組み（業績支払い）が導入されている（SKL, 2009a）。

(2) 民間事業者の参入の状況

2009年の法改正およびランスティング・中央

表1 用途別にみた純支出の状況（2010年、10億クローネ）

医療サービス領域	純支出（構成率）	粗支出	粗収入	調達費 総計	民間事業者からの 調達割合 （%）
基礎医療	34.5（17.1）	51.7	23.9	11.0	29.8
専門医療（身体領域）	106.4（52.8）	137.4	63.2	20.8	6.9
専門医療（精神領域）	18.1（9.0）	24.8	10.3	2.2	8.0
歯科医療	5.0（2.5）	11.5	7.8	1.6	15.6
その他の医療	15.2（7.5）	23.7	12.0	1.2	6.9
薬剤給付費	21.1（10.5）	21.1	0.0		
政務・管理費用	0.5（0.2）	1.2	0.1		
合計	201.7（100.0）	271.5	70.9	36.9	11.5

注1：専門医療は、基礎医療以外の専門を持つ医師による診療活動を指し、病院での診療とともに専門医の診療所・医療センターなどでの外来診療も含まれる。なお、病院での妊産婦・子供の診療については基礎的なものについては、基礎医療として区分される。このうち、専門医療（身体領域）には、急性期医療だけでなくリハビリテーション医療、あるいは老年医療なども含まれる。専門医療（精神領域）には、急性期ケアとともに長期ケアも含まれる。青少年の精神疾患や各種の依存症への治療が含まれる。歯科医療については、子どもや施設居住者、特別な治療を必要とする人など、ランスティングによって給付対象とされているサービスが含まれている。その他の医療には、個別の治療にぞくするのが困難な、研究開発や公衆衛生活動が含まれている。

注2：純支出は、粗支出から利用者負担・サービス販売などの粗収入を除いた金額である。なお、2010年では患者の利用時負担は、62億500万クローネ（内外来診療24億76万クローネ、入院診療5億22万クローネ）であり、ランスティング総収入の2.3%を占めている。

注3：民間事業者からの調達割合は、純支出に占める調達金額の割合。また合計金額の割合の算出には、薬剤給付、政務・管理費用は含まれていない。

注4：薬剤給付は実際には他の医療サービスと合わせて行われているが別に集計されている。

注5：歯科医療は20歳未満の住民を対象とする公共サービスについてのもの。

注6：概数のため表中では、端数が合わない箇所がある。

出所：SKL（2011：pp.10-12, p.83）より作成。

表2 調達先・サービス領域別にみたランスタングによる医療サービスの調達費（2010年、100万クローネ）

医療サービス領域	ランスタング・レギオン	ランスタング企業	コミュニオン (ゴットランド島を含む)	コミュニオン企業	民間事業者・ケア供給者	非営利団体	その他	総額
基礎医療	313	128	249	12	10,215	70	2	10,988
専門医療（身体領域）	6,768	6,245	19	10	7,305	453	24	20,825
専門医療（精神領域）	658	10	19	2	1,441	92	3	2,226
歯科医療	28	802	1	0	776	1	37	1,646
その他の医療	97	21	28	9	1,041	7	10	1,213
総計	7,863	7,206	317	33	20,779	623	76	36,898

注1：医療サービス領域については、表1の注1を参照。

注2：医療サービスは直営方式によっても実施されており、この表での総額はランスタングの医療支出の一部である。

出所：SKL（2011: p.70）より一部加工して作成。

表3 ランスタングの医療サービスの民間事業者からの調達割合
(2010、純費用に占める割合から薬剤給付を除いたもの、%)

医療サービス領域	基礎医療	専門医療 (身体領域)	専門医療 (精神領域)	歯科医療	その他の医療	総計(歯科医療 と政務・管理 費用を除く)
ストックホルム	50.5	17.7	19.0	32.2	20.6	24.5
ウプサラ	26.9	6.5	3.9	8.9	5.0	9.6
セーデルマンランド	25.2	2.0	2.8	10.9	0.6	6.4
エステルイエータランド	15.8	6.9	7.3	22.1	0.1	8.0
ヨンショーピング	15.1	1.6	2.0	4.5	7.7	5.1
コロノベリ	22.6	0.6	3.2	18.8	1.1	4.5
カルマル	12.5	1.1	1.8	7.6	0.3	3.3
ブレーキンゲ	15.1	1.3	0.0	3.8	4.7	4.4
スコーネ	34.3	4.6	9.4	33.9	18.0	11.6
ハッランド	34.9	5.4	1.7	19.8	0.7	11.1
ヴェストラ・イエータランド	28.2	5.3	2.5	7.4	0.7	9.1
ヴェルムランド	13.7	3.8	3.3	7.1	0.0	5.3
オレブロ	16.3	2.6	1.6	7.3	0.0	4.4
ヴェストマンランド	48.9	4.1	3.8	6.3	0.2	12.1
ダーラナ	5.8	1.0	3.5	10.1	1.8	2.4
イエヴレボリ	18.5	2.8	4.1	4.6	0.9	6.6
ヴェステルノールランド	20.6	4.3	0.8	12.1	0.0	6.9
イエムトランド	11.2	2.0	1.1	9.6	0.0	3.6
ヴェステルボッテン	19.7	0.5	1.3	2.1	0.0	4.0
ノールボッテン	10.8	1.5	1.5	2.5	1.0	3.5
総計	29.8	6.9	8.0	15.6	6.9	11.5

注：医療サービス領域の説明は、表1の注1を参照。

出所：SKL（2011: p.83）。

政府の政治的環境の変化の中で、民間事業者が供給に占める割合はどのように変化しているのだろうか。まず医療支出の面からみていく。全国の総医療支出に占める公共医療支出の割合は、2006年81.1%、2009年81.5%であった（OECD, 2011）。2010年のランスティングの医療への純支出は2,017億クローネ、粗支出は2,715億クローネであった（表1）。外部からのサービスの調達に369億クローネが用いられており、うち78億クローネはほかのランスティングに支払われている（SKL, 2011）。サービス領域別にみた民間事業者からの調達割合では、基礎医療で29.8%と最も高く、歯科医療、専門医療（身体領域）、がこれに続く。これらの数字はあくまでも公的に行われている医療についてのものであり、歯科領域で多くみられるような私的診療や私的保険による医療サービスは含まれていない。

主要なサービスの調達先にはほかのランスティングやランスティング企業、民間企業、非営利団体が含まれる（表2）。基礎医療では民間事業者からの調達がほとんどであり、専門医療（身体領域）ではほかのランスティング・ランスティング企業からの調達が多数である。

ランスティングによって民間部門の参入の状況はかなり異なっている（表3）。民間事業者の活用を主導してきたストックホルムでは、基礎医療での民間事業者（営利・非営利を含む）からの調達が50%を超えているのに対し、ダーラナでは5.8%に過ぎない。しかし、ストックホルム、スコーネ、ヴェストマンランドなど都市部において民間事業者の参入がすすんでいるため、ケア・センターに占める民間事業者数の割合は高く、2010年では1,181ケア・センターのうち475が民間である（SKL, 2011: p.21）。ケア・センター数でも、民間事業者の参入状況にはランスティングでかなりの差がみられる¹³⁾（表4）（Konkurrensverket, 2010）。

表4 ケア・センターにおける民間事業所の割合

	(%)	
	2009	2010
ヴェストマンランド	63	63
ストックホルム	59	62
ハッランド	42	45
ヴェストラ・イエータランド	18	42
スコーネ	29	40
ブレーキング	30	39
ヨンショーピング	19	35
ウプサラ	29	34
ヴェステルノールランド	22	31
セーデルマンランド	14	28
コロノベリ	11	27
イエヴレボリ	21	26
ゴットランド	25	25
カルマル	21	25
ヴェルムランド	3	23
オレブロ	19	19
ヴェステルボッテン	3	15
エステルイエータランド	10	14
イエムトランド	11	11
ダーラナ	3	3
ノールボッテン	3	3

注：Omvård.se（医療センター情報サイト）から、競争委員会が作成。

出所：Konkurrensverket（2010: p.39）

2003年から2006年までの変化が明確でないのに対して、2006年から2010年までの民間事業者からの調達割合は基礎医療で顕著に増加しており（表5）（Anell, 2011）、民間事業者では私企業の購入割合が増えている（表6）。2002年から2009年までの医療サービス調達金額の推移をみると、私企業からの調達は名目上の金額は40%以上増加している（SCB, 2011）。ただし、この時期医療支出全体も増加しているため、私企業がサービス供給に占める割合にはあまり変化がなく1%の上昇に留まっている。非営利団体については、あまり変化がない。

雇用面をみると、社会ケア部門では民間事業所

表5 ランスタイングによる民間事業者からの医療調達状況（2010年）

医療サービス領域	民間事業者からの調達費の割合（薬剤給付分を除く、％）			
	2003	2006	2010	最小値－最大値（2010年）
基礎医療	19.1	20.5	29.8	5.8～50.5
専門医療（身体領域）	7.5	6.9	6.9	0.5～17.7
専門医療（精神領域）	5.4	5.9	8.0	0.0～19.0
歯科医療	10	12.3	15.6	2.1～33.9
その他の医療	9.6	6.9	6.9	0.0～20.6
総計	9.6	9.4	11.5	2.4～24.5

注1：医療サービス領域の説明は、表1の注1を参照。

注2：歯科医療は20歳未満の住民を対象とする公共サービスについてのもの。

出所：SKL（2004,2006,2011）より著者作成。

表6 ランスタイングによる私企業・非営利団体からの医療サービス購入金額の推移（100万クローネ）

年次	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
私企業	12,127	13,088	13,645	14,280	14,444	14,994	16,185	18,064
非営利団体	324	340	391	399	460	513	562	568
合計	12,451	13,428	14,036	14,679	14,904	15,507	16,747	18,632
（粗支出額に占める割合）								
私企業	6	6	6	7	6	7	7	8
非営利団体	0	0	0	0	0	0	0	0

出所：Statistiska centralbyrån (SCB) (2011: p.19) より抜粋。

での雇用が顕著に増加しているのに対し¹⁴⁾、医療部門では微増にとどまっている。2009年では、医療部門の30万人の雇用の内訳は、ランスタイング222,936、コミュニケーション13,172、民間事業所50,243、公有企業12,333、非営利団体2,326、国616である（Statistics Sweden 2011: p.25）。給与面では公私の差は大きくないが、わずかに公共部門での雇用者の賃金が低かった（Statistics Sweden 2011: p.29）。なお、2009年における医療部門における民間企業の総資産純利益率は17.4%、営業利益率は14.0%であり、全産業の利益率（それぞれ7.9%、6.0%）に比べると、かなりよい成績であった（Statistics Sweden 2011: p.23）。この傾向は2007年、2008年も同様であった（SALAR: 2011b）。

以上のように2010年の競争委員会が評価して

いるように、民間事業者の参入は着実に伸びている（Konkurrensverket, 2010）。公的医療支出全体において民間事業者が占める割合はさほど大きく変化していないものの、基礎医療に限定してみると公私混合供給体制に変貌しつつあるといえる。

IV 考察

2006年に成立した中道右派政権の下で、供給の多様化するなか民間事業者の参入と患者による選択制が、基礎医療領域を中心として急速にまた全国的に進められてきている。これは90年代に試みられた「選択革命」と民間導入を引き継ぐものであるが、政権が2期目を迎える中で、より大きな影響をもった政策として実施されている。以下、混合供給体制の興隆、集権的政策実施、普遍

主義の維持という3つの論点について検討する。

まず、少なくとも基礎医療サービスについては、純支出の30%に近い金額が民間事業者からのサービス調達に用いられており、公私混合供給体制が興隆していることである。基礎医療において民間事業者は供給の重要な部分を担うようになっている。ストックホルムとヴェストマンランドのように公私の割合がほぼ同等になっている地域は少ないが、これら地域の人口構成比は高く、基礎医療供給における公共部門の優位性も揺らいでいる。

さらに、基礎医療以外の分野でも同様の政策が展開されている。2011年に競争委員会が実施した調査によればストックホルムなどいくつかのランスタングでは専門医療分野での選択システムがすでに導入されており、導入の計画をしているランスタングもある (Konkurrensverket, 2011)。政府は専門医療でも法律によって選択システムを全国的に普及させることを検討しているが、多くの議論を呼んでいる (SOU, 2009)。

第2の特徴は、基礎医療における患者の選択制が法律による強制的実施によって進められているように、医療政策の実施がより集権的な方法によって行われていることである。分権化した医療制度をもつスウェーデンでは、中央政府は医療政策の方向性を示した上で、政策実施にかかわる収集・分析の実施と公表、自治体との協定の形成などによるソフト・ローによって実施が推進されてきた (Fredriksson et al., 2012)。しかし、2009年医療法改正はランスタングが患者の選択制を基礎医療に導入する義務を課し、それをあえて導入しないという権限を奪った。また、ケア保証制度の法定化 (SFS 2010: 243) も同様であり (岡部, 2010)、交渉や説得、インセンティブによるものではなく法によるハードな規制に傾いている。

この点だけで医療の責任構造の転換が生じているということは早計であろうが、高齢化による医療・福祉サービスの必要の変化、EU間での相互

診療利用への考慮、地域間格差、財政調整の困難、など複合的な状況を背景として、他の北欧諸国が医療制度を再集権化する動きが目立っている中で注意を払うべき動向である (Saltman, 2008)。2002年にノルウェーは病院運営の責任を地方自治体から中央政府に集中し、政府の出先機関による管理を行うこととした。デンマークでは、2007年より14のアムト¹⁵⁾が廃止され、代議制をとるが課税権をもたない5つのリージョンが設置された。フィンランドでも病院地区の統合や財政をめぐる議論が行われている (Tynkkynen, 2010)。スウェーデンでも公共部門の役割・責任をめぐる、特にランスタングの統合やレギオンの運営についての検討がすすめられており (岡部, 2010; Kommittédirektiv, 2009)、地方自治の伝統と集権的な手法の間でどのようなバランスをとり、普遍主義の目的を実現するかが問われているといえる。

最後に、このような改革はスウェーデン医療の普遍主義を大きく変えるものではないことも指摘できる (Calltorp, in press)。病院と専門医療を含めると医療供給全体において公共部門優位であり、財政について居住地のランスタングが責任をもつことには変わりなく、利用者負担についても実質的には大きな変化がない。つまり、普遍主義一誰にでも必要に応じた質の高い医療の利用を可能とするという目的は保たれつつ、それを実現する手段としての供給体制については、多様化および民間事業所の参入がすすんでいる。

本稿では医療の編制にかかわる供給者の多様性の推進および民間事業者の積極的導入について検討し、それが普遍主義的医療制度の下での新たな実現手段として導入されていることを示してきた。民間事業者の導入については、それ自体が政策形成にかかわるアクター間の均衡を変化させていく面はありつつも (Blomqvist, 2004)、福祉施策への支持は揺るいでおらず普遍主義が崩れる根拠は少ない (Svallfors, 2011)。

しかし、スウェーデンは後期高齢者の増加による医療・福祉ケアの必要の増大とそれに対応した統合的なケアの推進 (Dunér et al., 2011; Ahgren and Axelsson, 2011; 新井, 2011)¹⁶⁾、世界的な経済の変動による財政緊縮要請と効率的な事業実施、など多くの課題に直面している。財務省下の公共財政調査検討委員会 (ESO) は、今後難しい優先順位付けの問題に直面せざるを得ないとし、社会保険方式なども含めた広範な議論を行うことを呼び掛けている (Iversen, 2011)。さらに、普遍主義的制度ではあるが、健康格差や医療利用格差への懸念が広がっている (Fritzell and Lundberg, 2007; SKL, 2009b)。こうした不透明な展望の中で、供給多様化と患者の選択制の推進の意味が明らかになるには、今後かなり長い観察を要しよう。

謝 辞

本稿は、私立大学戦略的研究基盤形成支援事業「大学を模擬社会空間とした自立支援のための持続的対人援助モデルの構築」、「非営利・協同総合研究所のちとくらし」研究助成などを受け実施した研究成果の一部である。

注

- 1) 優先順位づけは、①人間の尊厳性の原則、②必要と連帯の原則、③費用効果の原則、によって行われ、これによって疾病などをもとに患者の状態を4つに区分して優先付を行った。
- 2) 法律 (SFS) などについては、スウェーデンの記載法に従い (年号: 文書番号) にて記述する。
- 3) スウェーデンの地方自治制度は基礎的自治体であるコミューンと広域自治体であるランスタングという二層制になっている (自治体国際化協会 2004; 星野 2008)。さらに、コミューンの権限を合わせ持つリージョンがおかれているが、本稿ではランスタングとリージョンを一々区別しないで記述する。ランスタングの人口規模は13万人から185万人以上とかなり幅がある (Ministry of Finance 2005)。
- 4) 本稿では、入院サービスあるいは専門医療サービスと対比される医療サービスの領域としてのプラ

イマリ・ケアの訳語として「基礎医療」を用いる。基礎医療について所定の研修を受けた医師を一般医 (allmänmedicinare) と呼ぶが、文脈によっては家庭医 (husläkare, familjeläkare) という用語も用いられる。

- 5) スウェーデンでは基礎医療サービスの中心を、複数の医師や他の医療職種がサービスを供給するケア・センター (vårdcentral) が担っている。
- 6) 例えば、Sophiahemmet病院は女王の寄付を得て1889年に設立された非営利病院であり、看護教育を早くから熱心に取り組んだことで知られる (Wald 1900)。
- 7) 90年代後半からは、地方行政の改革も並行してすすんでおり、いくつかのランスタングの合併やリージョンの形成も行われている (自治体国際化協会 2004)。
- 8) 待機期間のオンライン情報提供が行われている (<http://www.vantetider.se/>)。
- 9) Bourgueilらは、欧州を中心に基礎医療に関する制度を分析し、階層・規範モデル (スペイン・カタルーニャ地方、フィンランド、スウェーデン)、階層・専門職モデル (イギリス、オランダ、オーストラリア、ニュージーランド)、非階層・専門職モデル (ドイツ、カナダ) に区分している (Bourgueil, Marek et al.2009)。なお、日本においては医療法上「診療所」と「病院」という施設区分はあるものの、基礎医療自体の法的概念は定まっていない。
- 10) 市場的政策に最も急進的に取り組んだ自治体の一つであるストックホルムでは、民営化が急速に進められた。
- 11) 「選択ウェブ」 (<http://www.valfrihetswebben.se/>) による (2011年12月22日閲覧)
- 12) とはいえ、当然立地やスタッフの雇用など総合的な考慮が必要と思われる。
- 13) このような民間事業者参入の差異は、選択の自由が議論されている公共サービス部門—教育、医療、社会サービス—全体でみられる。2009年の3部門の合計支出に占める民間部門の割合をみると、ストックホルムでは21%であったが、ノルトボッテン、ダーラナ、カルマルでは4%に過ぎなかった (Statistics Sweden, 2011)。
- 14) 2000年から比較すると2009年では2倍近い人員が民間部門で雇用されている。
- 15) スウェーデンのランスタングに相当する広域自治体。
- 16) 医療と福祉の連携あるいは統合によって、切れ目のないケアをある地域に居住する人々に供給できるようにすることが、この10年間課題とされてき

ており、ランスタングとコミュニケーション間の組織上の連携、契約、協調的財政運営、などが行われてきた。

文献

- Agren, G. 2003. *Sweden's new public health policy: National public health objectives for Sweden*. Swedish National Institute of Public Health.
- Ahgren, B. and Axelsson, R. 2011. "A decade of integration and collaboration: The development of integrated health care in Sweden 2000-2010." *Int J Integr Care*, Vol.11 Spec Ed, e007.
- Alban, A. and Christiansen, T. 1995. *The Nordic Lights: New Initiatives in Health Care Systems*. Odense University Press.
- Anderson, K. M., Blomqvist, P., et al. 2008. "Sweden: Markets within politics." In: *Public and Private Social Policy: Health and Pension Policies in a New Era*. edited by D. Béland and B. Gran. Palgrave Macmillan.
- Anell, A. 2010. "Choice and privatisation in Swedish primary care." *Health Economics, Policy and Law*, Vol.11, No. 4, pp.549-569.
- Anell, A. 2011. "Hälso- och sjukvårdstjänster i privat regi." In: *Konkurrensens konsekvenser: Vad händer med svensk välfärd?*, edited by L. Hartman. SNS Förlag.
- Anell, A. and Svarvar, P. 1999. "Health care reforms and cost containment in Sweden." In: *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Ashgate. Aldershot, Brookfield, Singapore, Sydney. edited by E. Mossialos and J. Le Grand. Ashgate.
- Blank, R. H. and Burau, V. 2010. *Comparative Health Policy*. Palgrave Macmillan.
- Blomqvist, P. 2004. "The choice revolution: privatization of Swedish welfare services in the 1990s." *Social Policy & Administration*, Vol.38, No. 2, pp.139-155.
- Bourgueil, Y., Marek, A., et al. 2009. "Three models of primary care organisation in Europe, Canada, Australia And New-Zealand." *Questions d'économie de la santé*, No. 141.
- Calltorp, J. 1996. "Swedish experience with fixed regional budgets." In: *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*. edited by F.-W. Schwartz H. Glennerster, et al. John Wiley.
- Calltorp, J. 1999. "Priority setting in health policy in Sweden and a comparison with Norway." *Health Policy*, Vol.50, No. 1, pp.1-22.
- Calltorp, J. in press. "Commentary: How can our health systems be re-engineered to meet the future challenges? The Swedish experience." *Social Science & Medicine*.
- Christensen, T. and Lægreid, P. 2001. *New public management: the transformation of ideas and practice*. Ashgate.
- Dunér, A., Blomberg, S., et al. 2011. "Implementing a continuum of care model for older people-results from a Swedish case study." *Int J Integr Care*, Vol.11, e136.
- Fredriksson, M., Blomqvist, P., et al. 2012. "Conflict and compliance in Swedish health care governance: Soft law in the 'shadow of hierarchy'." *Scandinavian Political Studies*, Vol.35, No. 1, pp.48-70.
- Fredriksson, M. and Winblad, U. 2008. "Consequences of a decentralized healthcare governance model: Measuring regional authority support for patient choice in Sweden." *Social Science & Medicine*, Vol.67, No. 2, pp.271-279.
- Freeman, R. and Rothgang, H. 2010. "Health." In: *The Oxford Handbook of Welfare State*. edited by F. G. Castles S. Leibfried, et al. Oxford University Press.
- Fritzell, J. and Lundberg, O. eds. 2007. *Health Inequalities and Welfare Resources: Continuity and Change in Sweden*. Policy Press.
- Garpenby, P. 1994. "Health care reform in Sweden in the 1990s: local pluralism versus national coordination." *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol.20, No. 3, pp.695-717.
- Glenngård, A. H., Hjalte, F., et al. 2005. *Health Systems in Transition: Sweden*. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Harrison, M. I. and Calltorp, J. 2000. "The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care." *Health policy*, Vol.50, No. 3, pp.219-240.
- Heikkilä, M., Hvinden, B., et al. 1999. "Conclusion: The Nordic model stands stable but on shaky ground." In: *Nordic Social Policy: Changing Welfare States*., edited by M. Kautto M. Heikkilä, et al. Routledge.
- Hjortsberg, C. and Ghatnekar, O. 2001. *Health Care Systems in Transition: Sweden*. European Observatory on Health Care Systems.
- Iversen, T. 2011. *Vägval i vården - en ESO-rapport om skillnader och likheter i Norden*. Finansdepartementet (ESO-rapport 2011: 7).
- Kommittédirektiv 2009. *Översyn av statlig regional förvaltning m.m., dir. 2009: 62*

- Konkurrensverket 2010. *Uppföljning av vårdval i primärvården: valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar (Konkurrensverkets rapportserie 2010:3)*. Konkurrensverket.
- Konkurrensverket 2011. *Delredovisning -uppdrag att följa upp vårdvalssystem i primärvården*. Konkurrensverket.
- Landstingsstyrelserna, regionstyrelserna i Skåne och Västra, et al. 2010. *Rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården (A 00:56)*.
- Lehto, J., Moss, N., et al. 1999. "Universal public social care and health services?" *In: Nordic Social Policy: Changing Welfare States.*, edited by M. Kautto M. Heikkilä, et al. Routledge.
- Lundberg, O., Yngwe, M. Å., et al. 2008. *The Nordic Experience: Welfare States and Public Health*. Centre for Health Equity Studies (CHESS), Stockholm University and Karolinska Institutet.
- Magnussen, J., Vrangbaek, K., et al. 2009. "Introduction: the Nordic model of health care." *In: Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges*. edited by J. Magnussen K. Vrangbaek, et al. Open University Press.
- Martinsen, D. S. 2005. "Towards an internal health market with the European court." *West European Politics*, Vol.28, No. 5, pp.1035-1056.
- Ministry of Finance 2005. *Local government in Sweden - organisation, activities and finance* Ministry of Finance.
- Ministry of Health and Social Affairs 2003. *The Health and Medical Service Act (1982:763), with amendments up to and including Swedish Code of Statutes: 2002:163*.
- Moran, M. 2000. "Understanding the welfare state: The case of health care." *British Journal of Politics & International Relations*, Vol.2, No. 2, pp.135-160.
- National Board of Health and Welfare 2002. *Sweden's Health Care Report 2001*. National Board of Health and Welfare.
- Nordgren, L. 2010. "Mostly empty words-what the discourse of "choice" in health care does." *Journal of Health Organization and Management*, Vol.24, No. 2, pp.109-126.
- OECD. 2011. *OECD Health Data 2011 - Frequently Requested Data* [Online]. retrieved from <http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/49188719.xls> [Accessed 20 Dec 2011].
- Olsson, S. E. and Cohn, D. 1995. "Sweden." *In: Private Markets in Health and Welfare: An International Perspective*. edited by N. Johnson. BERG.
- Palme, O. 1986. *Anförande vid SKTF:s jubileumskonferens* [Online]. retrieved from <http://www.olofpalme.org/1986/02/11/anforande-vid-sktf-s-jubileumskonferens/> [Accessed 26 Dec 2011].
- Paulson, E. M. 1995. "Hospital financing in Sweden." *In: Hospital Financing in Seven Countries, OTA-BP-H-148*. edited by U.S. Congress Office of Technology Assessment. U.S. Government Printing Office.
- Petersen, J. H. 2011. "Marketization and free choice in the provision of social services. Normative shifts 1982-2008. Social Democrat lip service as a response to problems of legitimacy." *In: Beyond Welfare State Models: Transnational Historical Perspectives on Social Policy*. edited by P. Kettunen and K. Petersen. Edward Elgar.
- Proposition 2008. *Vårdval i primärvården (Proposition 2008/09:74)*.
- Rae, D. 2005. *Getting better value for money from Sweden's healthcare system*. OECD.
- Saltman, R. and von Otter, C. 1992. *Planned Markets and Public Competition: Strategic Reform in Northern European Health Systems*. Open University Press.
- Saltman, R. B. 2003. "Melting public-private boundaries in European health systems." *European Journal of Public Health*, Vol.13, pp.24-29.
- Saltman, R. B. 2008. "Decentralization, re-centralization and future European health policy." *European Journal of Public Health*, Vol.18, No. 2, pp.104-106.
- Serner, U. 1980. "Swedish health legislation: Milestones in re-organization since 1945." *In: The Shaping of the Swedish Health Care System*. edited by A. J. Heidenheimer and N. Elvander.
- SFS 2008. *Lag om valfrihetssystem (SFS 2008:962)*.
- SFS 2009. *Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (SFS2009:140)*.
- SOU 2002. *Vinst för vården (SOU 2002:31)*. Fritzes.
- SOU 2003. *Vårda vården - samverkan, mångfald och rättvisa (SOU 2003:23)*. Fritzes.
- SOU 2008. *Vårdval i Sverige: Delbetänkande av Utredningen om patientens rätt (SOU 2008:37)*. Fritzes.
- SOU 2009. *Regler för etablering av vårdgivare. Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård (SOU 2009:84)*. Fritzes.
- Statistics Sweden. 2011. *Large regional differences within privately run education, health care and social services (Press release from Statistics Sweden 2011-*

- 09-22) [Online]. retrieved from http://www.scb.se/Pages/PressRelease___320732.aspx [Accessed 29 Dec 2011].
- Statistiska centralbyrån (SCB) 2011. *Finansiärer och utförare inom vård, skola och omsorg 2009*. SCB.
- Svallfors, S. 2011. "A bedrock of support? Trends in welfare state attitudes in Sweden, 1981-2010." *Social Policy & Administration*, Vol.45, No. 7, pp. 806-825.
- Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) 2009a. *Målrelaterad ersättning i primärvården - kartläggning av mål/indikatorer och former för ersättningen hösten 2009*. SKL.
- SKL 2009b. *Vård på (o)lika villkor- en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård*. SKL.
- SKL 2011. *Statistik om hälso- och sjuk - vård samt regional utveckling 2010*. SKL.
- Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR) 2008. *The Swedish Healthcare System: How Does It Compare with Other EU Countries, the United States and Norway?* SALAR.
- SALAR 2011a. *Levels of Local Democracy in Sweden*. SALAR.
- SALAR 2011b. *The Economy Report on Swedish Municipal and County Council Finances, October 2011*. SALAR.
- Swedish Institute 2010. *Health care in Sweden*. Swedish Institute.
- Thomson, S. and Dixon, A. 2006. "Choices in health care: the European experience." *J Health Serv Res Policy*, Vol.11, No. 3, pp.167-171.
- Tynkkynen, L.-K. 2010. *The new Health Care Act - Follow up* [Online]. Health Policy Monitor, April 2010. retrieved from <http://www.hpm.org/survey/fi/a15/2> [Accessed 22 Dec 2012].
- Vrangbaek, K., Robertson, R., et al. 2012. "Choice policies in Northern European health systems." *Health Economics, Policy and Law*, Vol.7, No. Special Issue 01, pp.47-71.
- Wald, L. D. 1900. "The Sophiahemmet in Stockholm." *The American Journal of Nursing*, Vol.1, No. 3, pp.180-182.
- 新井光吉 2011『日欧米の包括ケア』 ミネルヴァ書房.
- 岡沢憲美 2009『スウェーデンの政治：実験国家の合意形成型政治』東京大学出版会.
- 岡部史哉 2010「中道右派政権下の医療政策」『健保連海外医療保障』第85号, pp.22-37.
- 自治体国際化協会 2004「スウェーデンの地方自治」自治体国際化協会.
- 島崎謙治 2011『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会.
- スウェーデン医療保障制度に関する研究会編 2009「スウェーデン医療保障制度に関する調査研究【2008年版】」医療経済研究機構.
- 西村真理子 1999「医療保障改革における地方分権と市場原理の活用」丸尾直美・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障5 スウェーデン』東京大学出版会.
- 星野泉 2008「スウェーデン」竹下謙監修・著『よくわかる世界の地方自治制度』イマジン出版.
- 松田亮三編 2007『健康と医療の公平に挑む—国際的展開と英米の比較政策分析』勁草書房.
- 宮本太郎 1999『福祉国家という戦略 スウェーデンモデルの政治経済学』法律文化社.
- (まつだ・りょうぞう 立命館大学教授)