

英国国民保健サービス改革と その内部市場メカニズムについて

中 泉 真 樹

はじめに

本稿の目的は、NHS(英国の医療保障制度で National Health Services 国民保健サービスの略称)における最近の大がかりな改革について、その制度面、経済学的な背景、および初期の成果の三面にわたって展望を与えることにある。

Thatcher 政権のもとで1989年に公表された白書 Department of Health (1989) に盛り込まれた改革案は、NHS および地域保健法 (NHS and Community Care Act) (1990) に結実、すでにこの法律は1991年の4月より施行されている。財源を国税から社会保険へ変更するという議論も当初はあったが、結局それは影をひそめ、改革の本質は供給システムそれ自体の大がかりな改造にある。それは従来国営企業体として購買機能と供給機能の結合していた管理行政システムから、購入者 (purchasers) と供給者 (providers) を分離させ、そこに「内部市場」を創出、その市場を供給者間の競争によって律していくという試みである。ここで購入者とは、国から与えられた予算の枠で患者に代わって医療サービスを購入する主体であり、供給者とは、その購入者との契約をベースに医療サービスの供給を担う主体である¹⁾。

保守党政権を改革へと駆り立てた要因の1つ

としては、1980年代を通じての支出抑制の姿勢 (それは NHS 全体の実質費用の伸び率に反映していると考えられる。表1を参照) が、人口高齢化や技術進歩などによる医療サービス需要の増大と、相互にぶつかりあったという見方ができるだろう (Day & Klein (1991a))。80年代初期に行われた改革は、病院経営の効率化を意図した「総括管理者」(general manager) 制度の導入など経営構造の変更であり (池上 (1987) の3章)、たしかに80年代を通じて平均入院日数の顕著な減少、病院での死亡と退院数でみた処置件数 (いわゆる throughput) の増大が観察されている (表2)。しかし入院や処置を待つ (waiting lists に載る) 人々の数も増大を続け、NAHAT (保健当局およびトラスト全国協会) によれば、1989年3月の時点でイングランドにおける入院とデイ・ケース (処置が1日で済み、一晚以上の病院滞在を要しないケース) の waiting lists の大きさは876,809人、1年以上待たされている人の数は223,331人であった (NAHAT(1991), p. 230の Table 10)。Waiting lists に関する統計については問題点も多く、その大きさから NHS の非効率性を結論づけることはあまりにも早急にすぎる。しかし、waiting lists をめぐる不満が激しい論争を巻き起こし、政治的焦点と化してきたことは明らかである²⁾。

表1 NHS 経常支出 1980/81~1990/91年 (イングランドのみ)

	1980/81	1981/82	1982/83	1983/84	1984/85	1985/86	1986/87	1987/88	1988/89	1989/90 (Est.)	1990/91 (Plan.)
病院・地域保健サービス											
支出総額(百万ポンド)	6,999	7,688	8,251	8,709	9,208	9,699	10,421	11,507	12,758	13,765	15,099
名目増加率(%)	—	9.8	7.3	5.6	5.7	5.3	7.4	10.4	10.9	7.9	9.7
価格増加率(%)	—	8.2	6.5	5.1	5.8	5.2	6.9	8.5	10.5	8.0	7.4
実質購買力(%)	—	1.5	0.8	0.4	-0.1	0.1	0.5	1.8	0.3	-0.1	2.1
家庭医サービス											
支出総額(百万ポンド)	2,173	2,504	2,894	3,110	3,421	3,604	3,877	4,298	4,871	5,240	5,958
名目増加率(%)	—	15.2	15.6	7.5	10.0	5.3	7.6	10.9	13.3	7.6	13.7
価格増加率(%)	—	12.9	11.6	5.4	6.9	5.3	5.0	7.3	9.6	6.5	5.9
実質購買力(%)	—	2.1	3.6	2.0	2.9	0.0	2.5	3.3	3.4	1.0	7.3
NHS 総計											
支出総額(百万ポンド)	9,402	10,489	11,478	12,170	13,050	13,770	14,808	16,350	18,181	19,657	21,570
名目増加率(%)	—	11.6	9.4	6.0	7.2	5.5	7.5	10.4	11.2	8.1	10.7
価格増加率(%)	—	9.0	7.4	5.0	6.0	5.3	6.3	8.0	10.0	7.3	6.9
実質購買力(%)	—	2.3	1.9	1.0	1.2	0.2	1.2	2.2	1.1	0.8	3.6

Main Sources: 1980/81年から1983/84年については *Social Services Committee, Session 1985/86*, 1984/85年以降は *Government's Expenditure Plans 1990/91 to 1992/93* に基づく。

出所: NAHAT (1991), p.227 の Table 4

また、経営スタイルの変更やプライマリケア(家庭医サービス)についての改革案提起(これについては1989年の白書に先立って Department of Health (1987) が公表されている)は、政府と英国医師会(British Medical Association)に代表される医療専門職の団体・組織との間に論争と軋轢をもたらした。ある意味で1990年の改革法は、こうした政治的軋轢の過程で妥協の産物として成立したとみなすこともできるだろう。

本稿の構成は以下のようである。まず1節ではNHSの最大目標である「公平性」について簡単に述べる。2節では改革前のシステムとそこに内在していた問題点を述べ、3節で改革の制度的内容を概観する。4節で改革をめぐる議論の背景をなす経済学を述べ、そこでの論点を活用して、5節ではNHSの新顔、キー・プレイヤーであるトラストとGPファンドホルダーに

ついてやや掘り下げた検討を行い、初期の成果をめぐる報告を簡単に紹介する。6節は結びである。

1. NHSにおける「公平性」原則

Beveridge案による1948年の設立以来、NHSが福祉国家を象徴する存在であり続けたことはまぎれもない事実であろう。悪名高き waiting listsを抱えているとはいえ、全住民が原則的にほぼ無料で包括的な医療サービスを受けられるこのシステムは、民間医療保険が支配的で、現在3,700万人もの無保険者に悩むといわれる米国とは対照的である。

財源調達での公平性には、相対的に支払い能力のある人ほど多く出資する「垂直的な公平性」と、同じ支払い能力の人が同額出資する「水平的な公平性」がある。前者の意味の公平性につ

表2 NHS 病院（急性病床）における退院・死亡件数（DD）
— イングランド、ウェールズおよびスコットランド —

年	内科 (1,000件)	外科 (1,000件)	総計* (1,000件)	人口 1,000人 当たり DD	1 急性 病床当 たりDD
1959	987	2,175	3,247	64.2	17.7
1969	1,290	2,816	4,193	77.7	24.3
1979	1,546	3,132	4,478	81.8	28.5
1980	1,620	3,304	4,755	86.8	30.1
1981	1,676	3,359	4,733	86.3	30.9
1982	1,718	3,232	4,649	84.9	30.8
1983	1,791	3,478	5,490	100.2	32.9
1984	1,846	3,551	5,552	101.1	34.2
1985	1,935	3,583	5,734	104.1	35.8
1986	1,952	3,609	5,819	105.4	37.0
1987/88	2,119	3,729	6,055	109.4	39.6
1988/89	2,321	4,084	6,632	119.5	45.0
1989/90	2,364	4,161	6,757	121.4	46.1
1990/91	2,367	4,165	6,764	121.2	47.7
1991/92e	2,407	4,235	6,878	122.9	49.4

注：1987/88年より12月31日で終わる歴年から3月31日で終わる会計年へと変更がなされた。また、1988/89年以降のイングランドの数値は、文字どおりの退院件数ではなく、Finished Consultant Episodes (FCS)の総数である。従来、患者が顧問医を変えずに別の病院へ移転されると退院として計上されていたが、FCS単位では計上されず、同じ病院で顧問医が変わる場合、退院とはみなされなかったが、FCSとしては計上されることになる。この表をみる場合、こうした統計処理上の変更があったことに留意する必要がある。

* 急性病 DD の総数は、内科と外科以外に回復前の患者の療養病床、産婦人科やその他の専門科の病床を含んでいる。

Sources : *Health and Social Services Statistics for England, Wales and Scotland*, Office of Health Economics (1992) Table 3.25

的な医療サービスを賄う NHS は、社会保険や民間保険で賄う他の諸国と比較して累進課税的な財源調達となっており、米国の逆進的な課税と好対照をなしている。国税を主財源とするこの仕組みは、保守党へと政権が交代してからも存続したし、今後も大幅に変えられることはないと思われる³⁾ (表3)。

次に、NHS に内在しているもう1つの公平性原則は、支払い能力のいかんにかかわらず、全ての人々がそのニーズに応じてサービスを享受できるという公平性にほかならない。改革後もこの意味での公平性の実現が NHS の目標であることに変わりはないであろう。問題はこのような公平性を維持しつつ、同一の効果を生むなら最少費用の治療を行うという「費用効率性」を追求することであり、保守党政権のもくろみは、供給システムの内部に市場競争のメカニズムを導入することでその実現を図るものである。

しかしニーズの定義はデリケートな問題を含んでいる。費用単位当たりどれだけ質の高い健康生活が回復されるかという観点で、どのタイプの患者への医療サービスが効果的かといった技術的判断をもとに、最終的にはどれだけの資源を医療サービス部門に割り振り、どのタイプの患者にどれだけの治療を行うか（誰を優先して治療するか）という、予算（資源）制約下で避けて通ることができない社会的判断の問題は、改革後の NHS の大きな課題となっている⁴⁾ (Hunter (1993))。

2. 改革前の NHS とその問題点

いて国際比較を行った研究 (Wagstaff, Doorslaer, et al. (1992)) によれば、主に国税で包括

通常、英国の住民（外国人も含む）は近所の一般医 (general practitioner 以下 GP と略) に

表3 英国 NHS の財源

年	国 税		NHS 拠出金		LHA		患者自己負担		総 計 百万ポンド	国税に占 める NHS %
	百万ポンド	% NHS	百万ポンド	% NHS	百万ポンド	% NHS	百万ポンド	% NHS		
1949	437	100.0	—	—	—	—	—	—	437	10.1
1959	608	73.6	113	13.7	71	8.6	34	4.2	826	9.1
1969	1,416	79.1	186	10.4	131	7.3	58	3.3	1,791	9.0
1979	8,200	88.3	882	9.5	—	—	201	2.2	9,283	12.5
1980	10,591	88.9	1,042	8.7	—	—	282	2.4	11,915	13.2
1981	12,030	87.7	1,344	9.8	—	—	346	2.5	13,720	13.0
1982	12,487	86.2	1,594	11.0	—	—	402	2.8	14,483	12.3
1983	14,174	86.5	1,754	10.7	—	—	452	2.8	16,380	12.8
1984	14,920	86.5	1,861	10.8	—	—	460	2.7	17,241	12.6
1985	15,827	86.1	2,032	11.0	—	—	523	2.8	18,412	12.2
1986	16,922	85.9	2,242	11.4	—	—	544	2.8	19,708	12.4
1987	18,169	84.5	2,736	12.7	—	—	590	2.7	21,495	12.3
1988	19,498	82.6	3,438	14.6	—	—	665	2.8	23,601	12.0
1989	20,939	80.8	4,163	16.1	—	—	804	3.1	25,910	11.9
1990	23,361	81.9	4,310	15.1	—	—	863	3.0	28,536	11.8
1991e	26,791	82.9	4,576	14.2	—	—	954	3.0	32,321	12.9

注：全ての数値は暦年で算定されている。

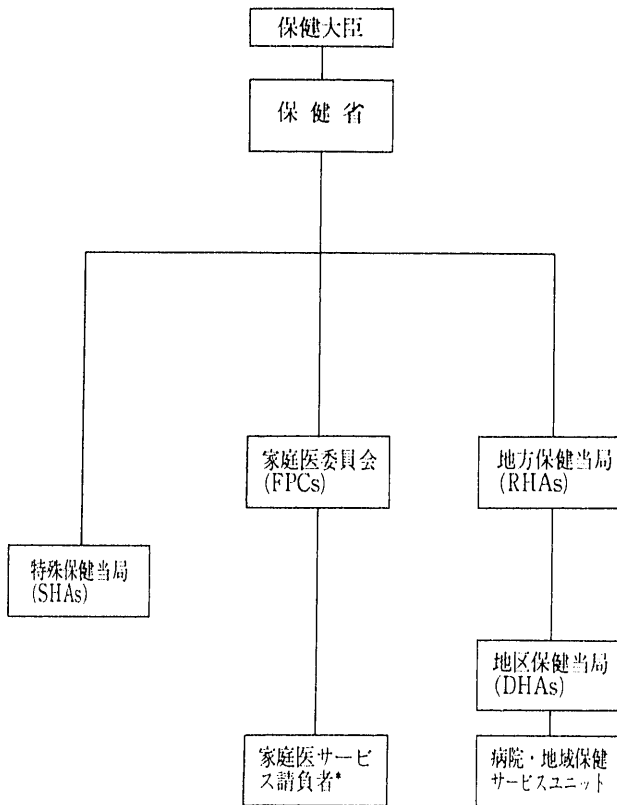
LHA：Local Health Authority, 1974年以降, 各地方政府によって供給されていたサービスは NHS 管轄に移転されている。

Sources: CSO National Income and Expenditure and Annual Abstract of Statistics, Office of Health Economics (1992) Table 2.15

名前を登録している（住民による登録先 GP の選択は原則自由である）。総合病院の救急(casualty) 部門に運び込まれたりする場合を除けば、病気になってまず住民が訪ねるのはこの GP である。GP は診察と軽度の治療のほか、各種予防接種、定期検診などのサービスを提供し、地域住民の健康管理を任されている。GP の見立てによって精密な検査、高度な手術などが必要と判断されれば、地域の総合病院、あるいはロンドンの大きな専門病院などに紹介される。GP は病院医療への gate-keeper であり、NHS にはプライマリケアと病院医療との間に明瞭な機能分担がある。それは医療行政の組織と財源配分の仕方にそのまま反映されており、今回の改革でその力関係が変わる可能性があるとはい

え、この分業/連携の体制が崩れることはないと思われる。

1991年4月以前の NHS における組織をみよう（図1）。NHS は保険（財源）とサービス供給が統合された公的システムであり、意思決定が中央集権的になされる巨大な国営企業体であったということが出来る。頂点の保健省（Department of Health）から保健サービス予算は各地方保健当局（Regional Health Authorities 以下で RHA と略す）および家庭医委員会（Family Practitioner Committees）へ配分される。前者が病院および地域保健（Community Care）サービスのための、後者がプライマリケアのための財源となる。各 RHA は地方レベルでの事業に義務を負うほか、傘下にある地区保



* 一般医，薬剤師，歯科医，眼科医

図1 1991年4月前のNHS組織

健当局 (District Health Authorities 以下で DHA と略す) への予算配分をつかさどる。そして各地区の病院医療と地域保健サービスの供給は、予算と運営の両面にわたって DHA の直接的な管轄下にあるユニットが行う (大病院ならそれだけで1つのユニットを構成するが、中小の病院が複数集まってユニットを構成する場合もある)。一方、プライマリケア供給の運営を統括する機関は各地の家庭医委員会であり、GP、薬剤師、歯科医および眼科医は契約をベースに各サービスの供給を請け負っている。

RHA への財源配分は RAWP (Resource Allocation Working Party) 勧告の方式に準じて行われてきた。これは予算配分の目標額をその地方のニーズにあわせて算定しようとするもので、標準死亡率、高齢者比率、男女比率に加え、他の地方から紹介される患者のフロー

(cross-boundary flow) などが考慮される。この方式は理想的には地方から地区への配分にも適用された。しかしながら、その導入以来、国から地方への配分では目標額と実現額のギャップは徐々に縮小してきたものの、地方から地区への配分の調整は遅々として進まず、最終的に各 DHA の病院予算をきめるのは過去の費用実績であるというのが実情であった。また、域外からの患者フローを考慮するといっても事後に目標額を変更させるだけで、実際の予算配分を変えるわけではないため、資金が需要の流れに沿って動いていたわけではないということになる (Department of Health (1989) ch. 4)。

改革前の医師の報酬制度をみよう。GP の場合、報酬のおよそ47%は登録者数に依存する人頭払い収入が占め、予防接種、検診 (子宮スミア試験などの簡単なガン検診)、夜間往診などについては出来高払い、看護婦などのスタッフやコンピュータ機器の経費はその70%、建物などの経費は100%が支払われ、さらに諸手当がつく。一方、病院勤務医はその最高位にある顧問医 (consultant) も含め、当局に雇用 (パートの場合もある) され、俸給を受けている。俸給体系は一律、専門科目による違いはない。顧問医は各 RHA と (長期の) 雇用契約を結び (一般に終身雇用)、下位の勤務医に比べて高額な俸給に加え、年功ある場合は Distinction Awards と呼ばれる特別賞与が生涯にわたって支給される。これは専門家で構成される委員会 (Advisory Committee on Distinction Awards) が「最もすぐれた顧問医」として指名した医師に支払われる栄誉賞与で、病院勤務医の報酬の中でただひとつ業績に基づいて支給されるものだが、指名の基準は実はあいまいであり、単に同僚間での「内部的な名声」によってなされているにす

ぎないという批判がある (Bloor, Maynard & Street (1992))。なお、GP にせよ勤務医にせよ、その標準的な報酬所得は、医師および歯科医師報酬審査機構 (Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration) という独立法人の勧告を受け、毎年保健省が決定する。もちろん顧問医が私的な診療によって得る報酬に規制はない。

以上、改革前の NHS に素描を与えたが、そこに内在していた問題として取り上げたいのは、医師に効率的行動を促すための誘因の問題と、効率的資源配分への道標として不可欠の (対称的) 公開情報の不足あるいはそうした情報を生み出す原動力 (誘因) に関する問題の 2 点である。

サービスの質を見極めるための情報が医師側に偏在していることに加え、顧問医のように超長期契約によって患者のニーズを効率よく充足したかどうかとは無関係にその地位と報酬を保証されているのであれば、医師はその裁量権を最大限発揮できるだろう。したがって患者との代理人関係が不完全で医師が独自の行動目標をもつならば、効率的な医療サービス供給がなされる必然性はないことになる。

これに関連して注目したいのは、同じ症状の乳ガン患者が切除手術を受けることもあれば、化学療法と放射線治療を続行して受ける場合もあるというように、費用と診療のパターンに大きなバラツキが観察されてきたことである。同様にして GP による病院への紹介パターンや投薬の仕方にも大幅な変動が存在することが頻繁に指摘されている⁵⁾。こうしたバラツキを説明するために、医師本人が診療行為の選択に際してその効果に関する専門的不確実性に直面して

いる、あるいは個々の医師がそれぞれ過去の経験から最良と信じている診療方法をもっている、などの仮説がある。しかし医師がそれぞれ独自の選好つまり目標 (効用) 関数をもって行動しているとすれば、裁量的に選択される診療パターンにも差異が生じるであろう⁶⁾。つまり費用と診療パターンのバラツキが医師のそうした行動を律する誘因システムの欠如によってもたらされている可能性がある。

しかしながら、いっそう本質的な問題は資源配分の意思決定に不可欠な公開情報の不足であり、それは明らかに医師行動を律する誘因システムの設計可能性に関連してくる。インプットおよびアウトプットに関するデータばかりではなく、その関係、つまり生産関数 (「健康」をストックとみるならば、投資関数) に関する情報が欠如しているため、スタッフ、病床、薬剤などに関連する費用データがたとえ (断片的に) 利用可能であっても、ある症例の患者が退院するまでに受け取る病院医療の機会費用を整合的に算定することは困難である。もちろん多くの医療経済学者や疫学の専門家によって、QALYs (quality adjusted life years)、つまりある治療を行った結果その患者の余命がどれだけ延び、その余命の質、満足度がどれだけ上昇したかを計測する試みがなされ、その知識が蓄積されつつある。しかし、こうしたアウトプットの尺度には精緻・精度化の余地が多く残され、政策面に有効利用される段階には至っていないのが現状である。

だが、いっそう問題なのは、こうした情報を生成し、精度化してゆく内生的メカニズムが NHS の組織に欠如していた可能性である。

予算配分が過去の費用実績に依存してきまるとすれば、効率的な運営を行う病院を罰し、非

効率的な病院に寛容な予算を与えることになる。予算は QALYs に依存しないから、ある水準の QALYs を実現する効率的なインプットの組合せおよびその費用に関する情報を生成し、伝達しようとする（戦略的）誘因は、たとえそうしたことに比較優位をもつにしても供給サイドには存在しえない。また、購入者と供給者の役割が統合され、購入者としての DHA に管轄下あるいは管轄外の病院を互いに競争させる必然性がなければ、各病院の QALYs 当たり費用に関する比較情報を収集する誘因はどこにも存在しえない。つまり情報生産の誘因メカニズムは、生成された情報の利用される環境に依存してきまると考えられる。

3. 改革後 NHS の概観

(1) 改革後 NHS の組織

NHS 改革の抜本性は DHA に結合されていた購入者と供給者の二機能を分離させ、NHS 供給体制のなかに競争的な内部市場を作動させようとしている点である。組織上の変更(図2)は主にこの内部市場の出現によるものである。

NHS トラストと GP ファンドホルダー

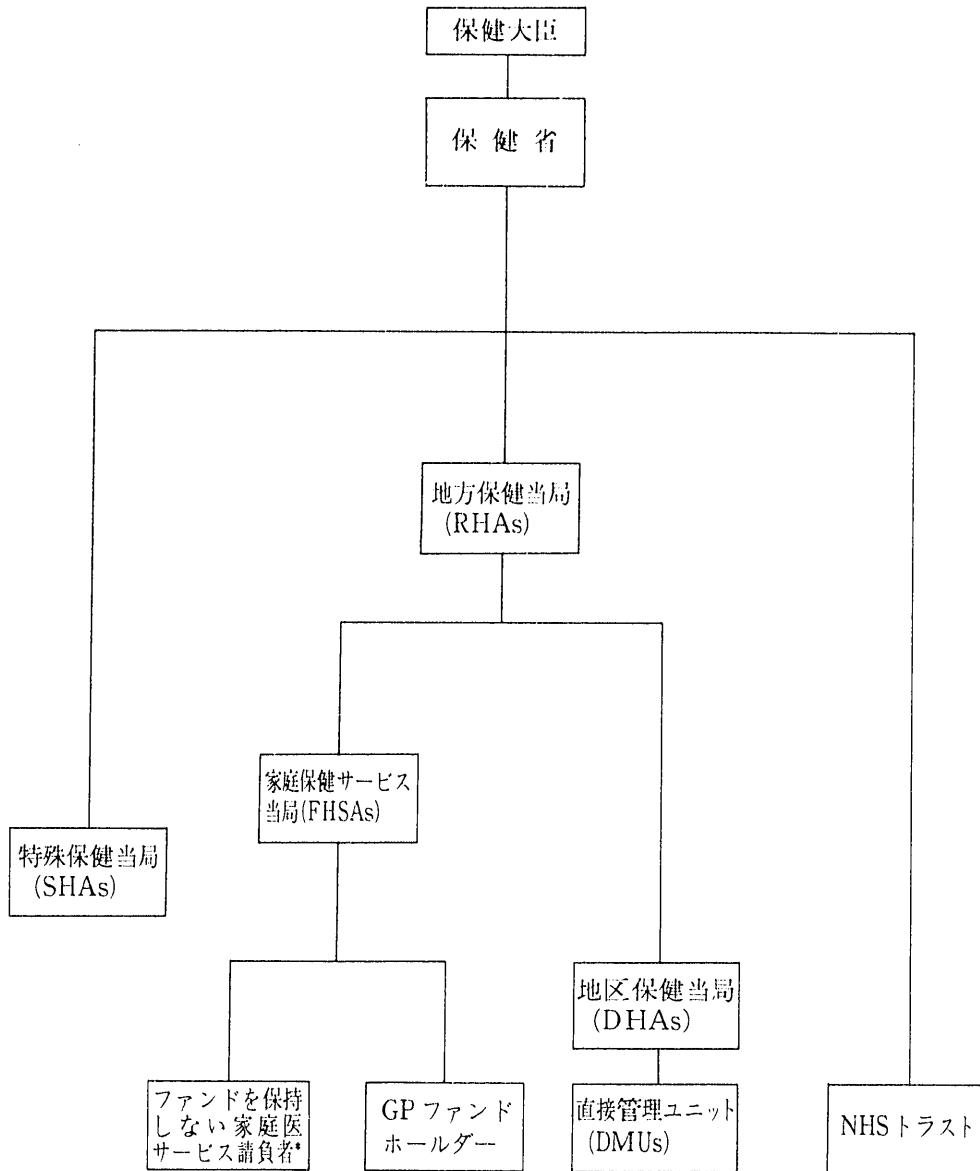
この2つは NHS の新顔であり、改革のキー・プレイヤーである。主に DHA 傘下にあったユニット（病院、地域保健サービス、救急車サービスなど）が独自の運営権を保健大臣によって認可されると、DHA の管理から離脱（opt out）し、保健大臣に対して直接の責務関係を負うことになる。これが NHS トラストであり、資産とその使用に関する（制約付きではあるが）所有権を付与され、医療スタッフを含む独自の理事会によって運営される。病院施設拡充などのため資金借入れを行うことが（一定の制約の

もとで）可能であり、スタッフ（理論上は顧問医も含まれる）の賃金、労働条件を独自に決定（交渉）できる。つまり NHS のなかに初めて独立の供給主体が生まれたことになり、政府の戦略的な指針は将来すべてのユニットが DHA から離脱してトラストになることである。

9,000人（当初の予定では11,000人）以上の登録者を持つ GP が管轄の RHA に申請して一定の審査に合格すると、登録患者のために薬剤や病院での検査、白内障や扁桃腺などの軽度の手術サービスを購入する予算を保持できるようになる。これが GP ファンドホルダーであり、人頭払い報酬や費用償還などの組合せとは異なり、RHA から受ける予算は病院サービス購入分、スタッフ雇用費用分、薬剤購入分として算定されるが、それらを合算した額を弾力的に使用することが可能である。いわば米国で発展している HMO のミニチュア版であり、病院医療サービスの市場では明らかに購入者の役割を担うことになる。

DHA の新たな役割

さしあたってすべてのユニットがその傘下から離脱するわけではないので、DHA は購入者であると同時に、直接管理ユニット（Direct Management Units 以下 DMU と略）の財政面および運営面での管理主体（つまり供給者）であり続けるであろう。しかし将来的には購入主体としてのみ機能するようになることを期待されている。つまり地区の医療ニーズを調査し（マーケット・リサーチを行い）、どのようなタイプのサービスをどの供給者から購入するか決定する。その過程で GP との連携が不可欠となることはいうまでもない。予算制約下での購入計画立案となるため、購入すべきサービスの優先順位を設定する作業も要求されよう（Klein &



* 一般医, 薬剤師, 歯科医, 眼科医

図2 1991年4月からのNHS組織

Redmayne(1992))。そのために代替的な処置や治療の費用・効果を比較し、供給者の契約遂行過程やその成果（アウトプット）を監視かつ評価するための測度を開発することが、必然的にDHAの課題となってくるであろう。

ファンドを保持しないGP

ファンドを保持しないGPについては、人頭払い方式を主軸とするほぼ従来どおりの制度で報酬と費用償還を受けることになるが、いくつ

かの本質的な改変も行われている。

その第1は報酬に占める人頭払い収入の部分を47%から平均的に60%に引き上げようとしている点であり、登録者獲得の競争を動機づける意図がある。登録(消費)者にはGP選択の自由が保証されているため、消費者間で(長期的にみるにせよ)GPに関する評判効果が働けば、こうした競争が有効に働く可能性が生じるだろう。

第2は労働実績をいっそう直接的に評価する報酬方式の導入もしくは拡大であり、ことに登録住民の病気予防、早期発見、健康管理に努力している医師には相対的に高い報酬が支払われることになる。例えば子宮ガン検診については、改革に先立つ1990年4月より、従来の出来高払いから、あらかじめ設定された目標水準をどれだけ達成できたかに依存して報酬が支払われる（検診対象登録者の何パーセント以上が一定期間内に受診すれば何ポンドの報酬を受けられるというような）システムに移行している。Hughes & Yule (1992) の分析によれば、1990年のGP当たりのスミア試験件数は、出来高払いのもとでの予想値に比較して50%近く増加している。制度改変の長期的な効果を知り、効率性・公平性の観点での評価を行うには今後の研究を待つべきだが、少なくとも初期の成果は政策者の意図を実現したことになる。

以上のような報酬制度改変に加え、「指示的」薬剤予算 (indicative drug budget) の導入も、ファンドを保持しないGPに関する改革の本質的な要素を成していると考えられる。GPの薬剤処方に一定の予算枠を与え、その予算内で投薬を行うように指導、規制するものであり、予算を越える処方が行われている場合にはチェックを受ける。治療に不可欠な処方を受ける患者の権利と抵触することなく、薬剤費用を考慮に入れて（同一の効果を持つならば価格の低い薬剤を）処方するように各GPを動機づけるものであり、GPによる裁量性の範囲は一定の制約を受けることになる。

家庭保健サービス当局 (Family Health Services Authorities 以下 FHSA と略)

プライマリケア市場における購入者であり、規制者でもある FHSA (前家庭医委員会) の業

務は従来より増大していると考えられる。DHAと連携してのニーズ査定、傘下のGPに対する医療審査 (medical audit) の組織化、「指示的」薬剤予算の設定、その予算に従ってGPが適切な投薬を行っているかの監視などであるが、改革によって付与されたもっとも重要な機能の1つは、RHAとの協力体制のもとにGPファンドホルダーの導入と認可の過程を管理することである。

規制者としての RHA

RHAは傘下の病院医療ばかりでなく、FHSAの上部局としてプライマリケアの供給体制を統括することになり、GPファンドホルダーの認可およびその予算設定が新たな主要業務の1つとなっている。

しかしいっそう注目すべき将来的なRHAの役割は、その必要が生じたときにNHS内部市場へ介入を行う規制/調停者としての機能であろう。購入者(DHA)と供給者(トラスト)の間に契約をめぐる紛争が生じた場合にはそれを仲裁し、内部市場に「市場の失敗」(供給者の機会主義的な行動によってサービスへのアクセスが一部の患者に保証されなかったり、購入者による購入計画、購入すべきサービスの順序付けが不適切になされているなど)が発生すれば、介入してこれを是正する。

(2) 改革後 NHS の予算配分と内部市場メカニズム

予算配分

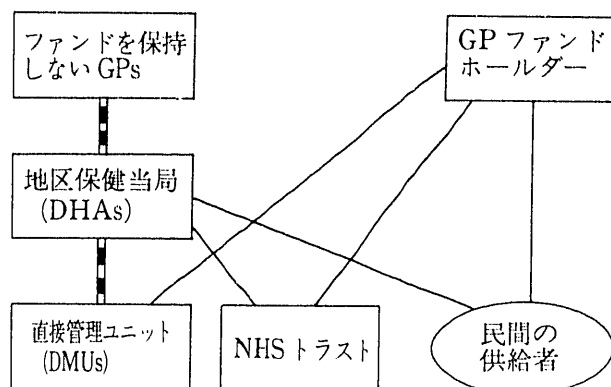
1990年にRAWP方式による予算配分は廃止されて、かわりにより単純化された「加重頭割り方式」(weighted capitation formula)が採用されている。その基本的なアイディアはRAWPのそれと変わるものではない。予算額

は住民数できまるが、年齢構成、平均罹病率、およびサービス提供の相対的な費用の三要素を考慮した調整がなされる。この方式は RHA から DHA および GP ファンドホルダーへの予算配分にも適用される。改革前との本質的な違いは、例えば患者の属さない地区の DHA/DMU からサービスを購入する場合、以前ならサービスを提供する側の予算で費用が賄われていたのに対し、改革後は患者の属する地区の DHA の予算から支出されるのが原則となっている点である。つまり資金の流れはサービス需要の流れに従うことになり、従来 NHS 内部に存在していた不整合性の一要素は除去されることになる。

しかしこの方式の実現、ことに GP ファンドホルダーの予算決定は困難を伴い、後述するように(5節)、改革初年度の予算付けは過去の病院サービス利用実績を反映する形で行われることになった。

内部市場メカニズム

多数の患者の代理人としての購入者は、所与の予算制約の中でその目標関数(もちろんそれが個々の患者の効用関数と一致する必然性はなく、優先順位の低い患者のニーズは充足されないかもしれない)を最大にするような購入計画を立て、内部市場に参入する。一方、供給者は医療サービス供給請負の契約を購入者から獲得すべく、これも独自の目標関数に基づいた供給計画(価格付けを含む)の立案を行うだろう。そのさい少なくとも理念的には、他の供給者と競争する環境に置かれることになる。これが NHS 内部市場のアイデアであり、統合された組織内部での取引(直接運営)の代わりに、市場取引あるいは供給者と購入者の間に交わされる契約によって供給システムを律していこう



■ 内部取引
 —— 契約に基づく市場取引

図3 NHS 内部市場メカニズム

(Glennerster, Matsaganis and Owens (1992)の Figure 1 に基づく)

としている。

図3は内部市場を簡潔に図式化している。現在(改革直後)のNHSの医療供給体制のなかには、内部取引と契約を介した市場取引が混在しているが、政府はこの状況を市場取引が支配的となるまでの過渡期とみなしていると考えられる。DHAは内部市場における購入者であると同時にDMUを管理する供給主体でもある。またファンドを保持しないGPが患者を病院に紹介する場合には、DHAを介して、DHAの予算から、病院サービスの購入が行われることになる。DHAは直下のDMUにサービスを供給させるか(内部取引)、契約によってトラスト(もとの傘下にあったユニットとは限らない)、他のDHAのDMU、あるいは民間病院からサービスを購入する。GPファンドホルダーのありうべき取引先もまたDMU、トラスト、民間病院と多様である。NHS内の供給主体であるトラスト、DMUは互いに競合するばかりでなく、民間病院とも競争する仕組みになっている。しかし、患者がサービスを受け取る時点の価格はあくまで原則ゼロであり、(労働党による「裏扉からの民営化」という表現の是非はともかく)

NHS改革を電力事業や水道事業に代表されるような「民営化」と混同すべきではないだろう。

気を高めるため、およそ100の顧問医のポストが新たに補充されている。

(3) 改革後 NHS における資本

各DHAに保有されている既存資本および新たな投資に対して債務化のシステムが導入されることになり、改革前は予算執行後「自由財」と化していた資本および投資について、利子と減価償却分が請求されることになっている。資本市場あるいは投資の機会費用を考慮した資本計画を保健当局に促し、設備の過少利用などの非効率性を抑性制しようとするものである。なおトラストに委譲される資産の扱いもほぼ同様であり、これについては後述する。

(4) 改革後の顧問医

トラストの出現はNHSと顧問医の関係を大幅に変える潜在性を秘めていると考えられる。トラストは独自に顧問医を任命し、その俸給を設定できるため、理論的にはトラストと顧問医の雇用関係は短期契約に基づいたものとなり、賃金決定も分権化してゆく可能性がある。

しかしながら目立った報酬制度の改変はなく、ただDistinction Awardsに関するマイナーな改正があったにとどまっている。この賞与はいったん授与がきまれば生涯支払われたが、今後授与される賞与については5年ごとの審査が導入されている。また賞与資格(最高ランクC)の条件に、臨床医としての能力だけでなく、どれだけ経営に参加し、サービスの向上に寄与したかを考慮する試みがなされている。

さらに、勤務医の賃金、労働条件については、訓練医(junior doctor)の(低賃金での)長時間労働の問題があり、患者の待ち時間を減少させる意図ばかりでなく、勤務医の昇進期待と士

4. NHS改革をめぐる経済学

(1) フランチャイズとコンテストタビリティ

この改革に寄せる政府の期待は、質の後退や公平原則の侵害なく効率性が競争メカニズムによってもたらされるということである。理想とされるのは古典的な完全競争市場モデルではなく、粗くいえば、公益事業などのフランチャイズ制の議論(Demsetz(1968))や80年代前半産業組織論をにぎわせたコンテストタビリティ(contestability)の理論(Baumol, Panzar & Willig(1982))であろう(Culyer & Posnett(1990), Posnett(1991))。

病院部門では規模の経済性や範囲の経済性のはたらく余地があり、(地域的な)独占体の形成される可能性がある。しかしこのことは当該病院が独占力(裁量権)を行使できることを必ずしも意味しない。購入者はフランチャイズ(営業権)の競争入札を組織することによって、価格、生産量および品質の面でもっとも望ましい提案を行った供給者と契約する。このとき、同じような費用条件を持つ競争者が多数いて、それらが互いに共謀する費用が禁止的に高いとすれば、たとえ生産段階で独占が成立するにしても入札過程で競争がはたらくことによって、効率的な成果が市場にもたらされることになる。

潜在的競争者が市場の成果に決定的な役割を果たすのは、コンテストタビリティの理論でも同じである。生産費が固定費用を含むとしても、それがサック・コストつまり回収が可能でないという意味で非可逆な費用ではないとすると、潜在的な競争者(新規参入者)は既存の供給者

との競争で利益が見込まれるならば自由に参入し、そうでないならば一切の損失を被ることなく退出ができる。こうした意味でコンテストブルな市場において、もし既存の供給者が購入者（顧客）を満足させない価格および品質で生産を行ってれば、競争者がやや低めの価格、やや高めの品質で市場参入して顧客を奪ってしまうであろう。こうした潜在的競争の脅威が既存の供給者の行動を律することによって、独占あるいは寡占状態でありながら効率的な市場成果が実現されることになる。

こうした競争メカニズムの論理はトラストと医師の短期契約にも当てはまる。費用効率的な方法で患者のニーズを充足させた医師とは彼に有利な条件で契約を更新し、そうでないなら契約を打ち切るという形で報償とペナルティの誘因メカニズムを工夫できるならば、医師は継続して質の高い診療を効率よく行い、結果としてトラストは内部市場での競争に打ち勝つことができるだろう。つまり改革前に存在していた医師の誘因問題（第2節）はコンテストブルな内部市場メカニズムによって解消されることになる。

しかし、以上のいずれの議論も購入者が個々の競争者の価格、品質に関する情報を保有し、契約履行の成果を監視できることを前提としてなされていることに留意しなければならない。内部市場メカニズムを成功させる条件は、コンテストビリティの構築（サック・コストの低下）とQALYsの開発など情報の完備化・対称化であり、ある意味でそれらは購入者や規制者が負う今後の（長期的な）課題となる。

(2) 不確実性下のフランチャイズと取引費用の経済学

しかしながら長期的かつ将来的にはともかくも、今直面している問題は不確実性と情報の不完全性のもとでNHS内部市場がどのように作動するかである。この問題をフランチャイズの枠で考察してみよう。議論の背景をなすのは主にWilliamson (1975) (1985) によって展開された取引費用の経済分析である⁷⁾。

購入者もしくは規制者は、もっとも望ましい成果が得られるように（一定の予算のもとでならアウトプットあるいは品質の最大化、所与のアウトプットあるいは品質の達成なら費用の最小化をめざして）入札の競争化（入札者数の増加）を工夫し、適切な契約形態を選択する。そのさい購入者は個々の供給者の技術（費用）条件について十分なデータをもたず、事後に契約を獲得した供給者の活動を監視するのが困難であるとしてみよう。さらに活動の成果つまりアウトプットとその品質の観察可能性も低いと想定しよう。また事後に確定するアウトプットや費用実績には、供給者の活動とは独立の不確実性（予測困難な患者の特異性やインフルエンザの突然の流行など）が存在することも考慮すべきであろう。情報が不完全であるとは、こうした一連のデータを収集・精度化する、さらにはそのための機構（管理システムやネットワーク）を構築する費用（情報費用）がきわめて高いということである。その意味では、かつてDHAに統合されていた供給者側の情報費用も同様に高いはずであり、NHS内部市場にあるのは情報の非対称性ならず、いわば「無知の非対称性」であるといえるかもしれない。

図4は購入者および供給者の情報技術を所与としたとき、契約の形態選択が履行に要する情

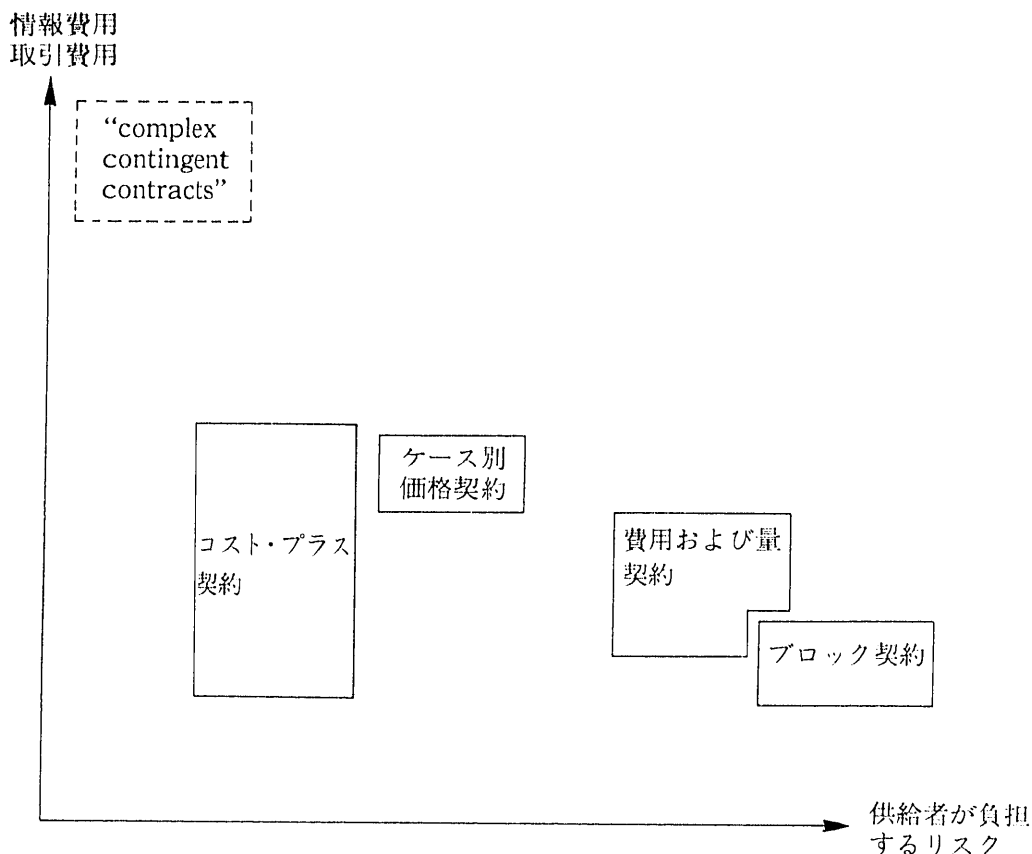


図4 契約形態と費用およびリスク

報費用と入札過程の取引（契約が複雑になることで発生する）費用（縦軸），および供給者の負う財政的なリスクの程度（横軸）にそれぞれ及ぼす影響をモデル化している。

固定価格契約は事前に価格を固定し，費用変動を事後的な償還によって調整しない方式であり，ある一定の最大可能供給量 (capacity) の達成を目標に，予算総額とカバーされるサービスの範囲や種類だけをきめ，必ずしも細かな目標を指定しないブロック契約 (block contracts) と，診療専門科ごとか，それより細かく患者の重症度に応じて典型的な症例ごとに価格を設定するケース別価格契約あるいはケース別費用契約 (cost per case contracts) がある。後者は DRGs (Diagnosis Related Groups) による価格付けに代表されよう。費用および量契約 (cost

and volume contracts) は，ブロックとケース別費用契約の中間の形態であり，ある量まではブロック契約，それ以後の供給については単当たり価格を支払ってもらうという方式である。ブロック契約は「契約を介して」という以外に従来の内部取引と変わるものではないが，サービスの細目ごとの業務内容や費用，そのアウトプット (品質) についての情報が精度化するにつれて，ケース別価格付けが可能になると考えられる。また，各診療科目の需要動向が不確実であれば，ブロック契約からケース別価格契約への移行は供給者のリスク負担を低下させるであろう。しかし供給者のリスクが完全に回避されるのはコスト・プラス契約 (cost plus contracts) の場合であり，事後的な費用変動は全て償還されるため，事後にどのような状

態 (states) が発生しても供給者は一定の報酬を保証されている。なおサービスの空間が個々の患者ごとに細分化され、起こりうる状態の全てに事前の価格付けを行う (Williamson (1975) のいう complex contingent contracts が可能な) 仮想的な状況を左上端に置くことにする。

情報費用の問題を度外視するならば、契約形態の選択はリスクをどのように分担するかという問題に帰着する。ただし分担の仕方は入札に参加する供給者のタイプと競争の程度に影響を及ぼすであろう。アウトプット (品質) の観察可能性を仮定しよう。ブロック契約ではリスクを全て供給者が負うため、リスク回避への選好が強ければそうしたリスク負担を受容させるために購入者が支払うプレミアムは高くなる。しかし事後の費用償還はないから、必然的に供給者は費用最小化を動機づけられている。ただし入札に参加するのは他でのリスク分散が十分可能な大規模な供給者となり、それが不可能な小規模供給者は参加誘因をもたないかもしれない。一方、コスト・プラス契約の場合はリスクのいっさいを購入者が負うことになるばかりでなく、供給者には費用最小化の誘因はない。よって、最適なリスク分担と競争性の確保はブロックとコスト・プラスの間にあると考えられる (いわゆる incentive contracts)。ただし事後的な費用変動を購入者が監視できないとすると、費用水増し (cost padding) の発生する可能性があるため、最適な契約形態の選択は購入者の監視能力に依存してくることになるだろう。

情報費用の問題が絡んでくる (アウトプットの監視、観察が困難になる) と事態はあっという間に複雑になる。ブロック契約の場合、履行過程で偶発的な事態 (例えば特殊な難病の急増) が発

生しても、その事態に即した契約の再交渉までは契約規定しない。また事前に細かな目標設定 (例えば「医師が互いに同僚の医業を審査し合う形の品質保証機構が構築され、適切に運営されている」) をしても、それが達成されたかどうかの監視が困難であれば、当時者間に争議をもたらす可能性もある。その意味で事後に逐次的交渉の可能性が常に残されている不完備契約 (incomplete contracts) である。このような契約のもとでは供給者側に (あるいは双方に) 機会主義 (opportunism) の発生する頻度が高く、その契約の成果にダメージを与えることになろう。これを避けるには (双方が) 情報費用と入札過程での取引費用の上昇を覚悟して、よりきめ細かな契約を作成し、履行過程での監視を強化することである。これは供給者側の負担も増大させるから、そうした負担に耐えられるタイプのみ競争過程に参加することになり、入札は独占化するかもしれない。また契約更新の段階での入札では、情報費用の観点からばかりでなく (もちろんそれと関連しているが) 資産の特定性 (asset specificity) や学習効果の存在によって、既存の供給者は新規に参加する供給者に比べて優利な立場にあると考えられる (Williamson (1985) ch. 13, Laffont & Tirole (1988))。もしそうであれば、入札過程での競争性は確保されず、特定の供給者との長期的な (不完備) 契約関係が支配的となるだろう。(つまりコンテストビリティの確保はきわめて難しいということになる。) そのさい品質を保証する機構として期待されるのは、供給者の医業倫理や長期にわたって培われる購入者と供給者間の信頼関係 (trust relationship) であり、内部市場による競争メカニズムと DHA に統合された内部組織内での取引の相違は「程度の問題」に

なるだろう。

(3) 進化論的なモデル (evolutionary model)

この結論が導かれる文脈はすぐれて静態的で、暗黙のうちに各主体に偏在する情報分布を不変とし、各主体の情報生産活動について捨象しているか、あるいは情報を生産する(に投資する)技術を不変としているように思われる。情報生産の誘因メカニズムがどのようにその情報が利用されるかに依存するとすれば(第2節)、従来の階層的組織内部での取引から契約を介しての市場取引への「強制的な」変更は、規制者、購入者、供給者の情報生産や情報技術への投資誘因を大幅に変える可能性を秘めている。今後、NHS 内部市場における各主体間の戦略的相互作用(interaction)が内生的かつ進化論的に行き着く先が、垂直的に統合された組織内部での取引と相似のものとなるか、(政府が期待している)コンテストナブルな市場となるかは、これから見守るべき動態的な問題であるといえよう。

このことは図5で表現される。短期的には、内部市場での購入者と供給者の契約過程および規制は、その時点における各主体間での情報分

布や精度に依存している(AとB)。しかし内部市場の導入は、長期的には、各主体に情報生産の誘因とそのための技術(生産関数)を進展させる起動力を与えるであろう(C)。これは情報の分布と精度を変え、ひいては内部市場における契約形態の選択や競争性を変化させるであろう。内部市場の(短期的な)成果は再び各主体の情報生産の誘因に影響を及ぼし、新たなダイナミズムを生み出す。もちろんこの過程には情報という財の特殊性がもたらすフリー・ライディングなどの危険があり、これを是正する規制者の役割はいっそう重いものになるだろう。我々が見守りたいのはこのダイナミズムの行方にはほかならない。

5. NHS改革の初期の成果(実態)

この節では、前節の理論的な議論を踏まえながら、NHSの新顔であり改革のキー・プレイヤーをなすトラストとGPファンドホルダーについてやや詳しく検討し、あわせて初期の成果(実態)をめぐる報告を簡単に紹介する。

(1) NHS トラスト

1991年の4月から57のユニットがトラストの第1波となり、92年の4月から99のユニットが第2波として運営を始め、93年4月から第3波トラストとなることを133のユニットが認可された。その種類も急性病院にとどまらず、救急車サービス、精神科、地域保健サービスなど多様化しつつある。94年4月から第4波トラストとなることに関心を示しているユニットが認可を得れば、イングランドとウェールズの病院および地域保健サービスの95%は、トラストによって供給されることになるといわれている

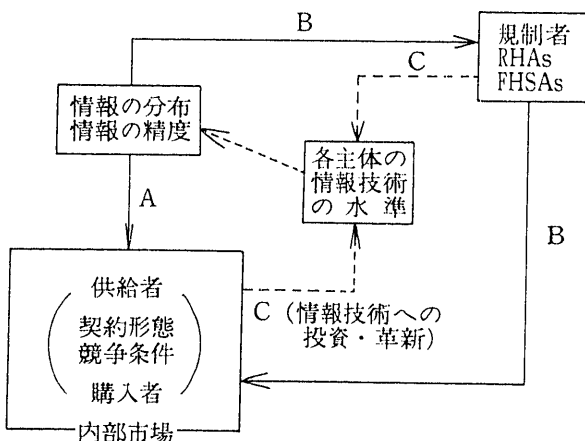


図5 進化論的なモデル

(House of Commons (1992), Department of Health (1992))。

以下ではトラストにおける資産の扱いと収益率規制, 労働市場への影響, DMU との比較について順次検討してゆく。

トラストにおける資産と収益率規制

トラストに移転された(純)資産に見合う(国庫に対して負う)負債は, 利付負債(IBD)と公的配当資本(PDC)によって構成される。前者は固定された利子払いを要求されるが, 後者は国が保有するいわば「株式」であり, 配当は余剰収益が生じたときにのみ支払い可能となる。その比率は個々のトラストに依存して異なり(およそ2/3(PDC):1/3(IBD)から1:1の範囲)保健大臣がきめるが, 資産をこのように構成することの意味は国とトラストとの間のリスク分担(risk-sharing)と解釈されよう。購入者との契約を定額一括予算で請負えば(ブロック契約), 不確実な費用変動のいっさいのリスクをトラストが負担することになるが(4節), PDCの比率を高めることによってそれを緩和させ, 購入者がトラストに支払うべきプレミアムを節約することが可能となる(Bartlett(1991))。

89年の白書でトラストに付与された「特権」は, 余剰収益が発生した場合にそれを(「減価償却分」として)留保して投資財源にまわすことができるというものであるが, 実質的には収益率規制が存在し, 各会計年度(純)流動資産当たり6%が収益率目標として設定されている。したがって(少なくとも近い将来については)契約からの総収入が資本収益率を含む総(予想)操業費用をカバーするように価格を設定する「平均費用価格原理」の採用が指示されている。

こうした規制の背景には, 改革の移行的な過

程にあってDMUとの整合性(釣り合い)を保とうとするねらいと, 病院の地域的な独占力行使の可能性への配慮があることは明らかであるが, 長期的な視点で見れば, 資産所有権の分権化を前提とする競争的な内部市場の育成という目標と必ずしも相容れるものではない。また, 費用に一定のマージンを上乘せして価格を設定する方式(コスト・プラス)では, もし購入者が費用構造に関して不完全な情報しか保有せず, 契約実行過程の監視が困難であり, しかもアウトプット(品質)を観察できないとすると, 供給者側の費用最小化誘因は希薄となる(4節)。むしろ独自の効用関数に基づくいわゆるX非効率な裁量行動によって, 費用を増大させる可能性さえあり, アウトプットの増加(品質の向上)に必ずしも帰結しない最新(医療)設備の導入や拡大といった次元で競争が行われるとすれば, いっそう非効率な費用増大に拍車がかかる(Posnett(1991))。その意味で現行の価格規制は, むしろ内部市場の作動を「歪める」可能性さえもっていると考えられる。

さらに収益率規制との関連では, 下院保健委員会が「余剰」をめぐって危惧を表明している興味深い事例がある(House of Commons(1992))。改革後さっそくBradfordとGuy's & Lewishamの各トラストが大量解雇を行ったが, 委員会によって問題とされたのはBradfordの場合であり, 傘下の病院再開発投資で利払いのため規制収益率6%を越える余剰収入を得る計画が明らかにされたのがその理由である。Bradfordトラストの投資計画が患者ニーズの効率的充足という観点で望ましいものであったかどうか評価するのは困難であるが, 収益率規制が資産所有権に基づく自由な投資行動(つまり異時点間の資源配分)と抵触したことは明

らかである。

労働市場への影響

従来、全国的なレベルで一律に決定されていた（医療）スタッフの賃金および労働条件であるが、トラストの導入によってその交渉は各トラストごとに行われることになる。NHSの人員費は総支出のおよそ70%であり、医療サービス部門がきわめて労働集約的であることを考慮すれば、トラスト増加の労働市場への影響がかなり甚大なものとなることが予想されよう。全国一律な賃金決定においてNHSが買い手独占的な役割を担っていたとすれば、各トラストへ交渉を委譲することは、この買い手独占力（英国医師会に代表される専門職団体・組織に対する交渉力）を弱体化させ、労働市場の競争化を促進する可能性を持っている（Mayston (1990)）。質の高い専門技術をもつ労働力が希少であれば、トラスト間の競争がその賃金を引き上げ、相対的に生産性の低い労働者の賃金は下がり、すでに「余剰」とみなされていた労働者は解雇されるかもしれない。平均的には労働費用の上昇を招く可能性もあり、トラストはいっそう効率的な物的資本（病床や手術室）利用の追求をせまられよう（Mayston (1990)）。また、地域間で賃金や労働条件にバラツキの発生することも予想されよう。

しかし、今のところ（改革の1年目では）ごく少数のトラストが独自の賃金および労働条件を打ち出したにすぎない（顧問医との契約についてのそうした事例はまず皆無といってよいだろう）。そのごく少数の顕著な例として「見本的な」存在であるGuy's & Lewishamトラストがある（House of Commons (1992)）。時給4.92ポンドを下回る低賃金スタッフ全員に対しての扶助金週6ポンドの支給、他にさきがけて1993

年4月より（週80時間を越えていた）訓練医の労働時間を全国目標の72時間に短縮することなどであるが、その同じトラストにおいて主に財政上の理由から475ポストが人員余剰となっている点も無視できない。また、NorthumbriaとLincolnshireの各救急車サービストラストで、救急スタッフ以外の従業員については従来全国レベルで交渉、一律に決められていた合意水準より低い賃金設定がなされたという報告がある。しかし、明らかにこれらの少数の事例だけから今後の動向を確定するのは困難である。

DMUとの比較

NHSトラストの成果を医療サービスの質、費用の両面にわたって評価する実証的な試みは今のところほとんどなされていないが、この改革の嵐はそうした作業を急務にしていると考えられる（評価法の指針についてはShiel (1991)）。

Bartlett & Le Grand (1992) は試論的だが、平均費用関数の推定を通じて（サービスの質は同じであるという前提で）トラストとDMUの費用比較を行っている（1989/90年度のデータを用いているので、正確にはトラスト第1波として認可されたユニットとそうでないユニットの比較である）。彼らの推定結果によれば、トラストか否かが費用に及ぼす影響は統計的に有意であり、トラストの資格を得たユニットの1日1患者当たり費用は、そうではないユニットに比較して平均的に9.2%低くなっている。このことは保健省での審査に加え、トラストへの申請過程で自己選抜が働いていることを示唆するものである。さらに彼らは、規模の不経済性、つまり平均費用がベッド数の増加関数となるという注目すべき結果も得ている。

しかしながら患者のcase-mixとして採用さ

れた指標がきわめて粗すぎるなどの理由から、これらの結果はあくまで試験的とみなすべきであり、また、内部市場の動態を反映した費用関数の推定を行ったものではない、という点にも留意すべきだろう。トラストの導入で内部市場が機能し始めれば、労働市場や資本市場も衝撃を受け、要素価格体系が変更するだろう。したがって各ユニットあるいは病院のインプットの組合せも変化すると考えられるが、そうした効果が費用関数にどのように反映されるか、いっそう精緻な推定の試みは、むしろ今後の課題といえよう。

(2) GP ファンドホルダー

1992年度におけるGP ファンドホルダーの総数は546、93年度にはさらに600以上のGPがこのスキームに参加し、人口の1/4がGP ファンドホルダーの登録者になるといわれている。さらに93年度からは、カバーされる予算も病院サービスにとどまらず、新たに地域看護サービス (Community Nursing Services) も含まれるようになってきている (Department of Health (1992))。

以下、この小節ではファンドホールディング初年 (91年) 度の成果 (実態) について、予算設定と競争性、および潜在的な問題点について主に Glennerster, Matsaganis & Owens (1992) に依拠しつつ論じることとする。

予算設定

原則は「加重頭割り方式」であるが、それへの移行は耐え難い不連続性をもたらすことから、Glennersterらの事例における改革1年目の予算設定は、過去の実績を色濃く反映したものとなっている。各RHAは主にGP側から紹介活動の実績についてのデータを、病院からは

各サービスの価格付けについてのデータを収集、またその数値の適切性をめぐる交渉をGPおよび病院と繰り返すことで予算の算定にこぎつけている。しかし、GP側には紹介率を引き上げるなどのデータ操作の誘因があり、病院についても、各処置の費用推定はそれの属する診療科目全体の平均をとって処置に要する平均滞在日数で加重しただけというものであり、データの信頼性と精度の問題は残されたままである。

結果的に、個々のファンドホルダーが得た登録者1人当たりの予算は顕著なバラツキを示すことになり、彼らのサンプル中 (三地方で) 最大の登録者当たり予算は最小の予算の1.5倍以上である (なお Day & Klein (1991b) によれば、イングランド全体で登録者1人当たり予算は最低52ポンドから最高176ポンドの開きをもって散らばっている)。

予算のバラツキは病院側の費用推定値とGPによる紹介率の2つの変動から説明されよう。すでに述べたように (2節)、紹介率や費用の実績値の変動が医師の (非効率な) 裁量によって発生している可能性があり、それを患者のニーズのバラツキがもたらす変動と区別することは困難である。また病院が真の費用を反映した価格を算定するにはサンプル数の不足や会計処理技術上の問題もある。表4はLondonのOxford Circusから直径10マイル以内にある病院の、GlennersterらのサンプルとなったGPが実際利用できる入院治療サービスの価格を示している。ユニット数自体少ないが、その間での価格差の存在は歴然としている。

しかしGlennersterらは、ファンドホールディングがこうした価格のバラツキをむしろ「顕在化」させたと指摘している。また、価格や費用の情報が公開されるのであれば、GPはそれ

**表4 London 地区の入院治療サービスの価格
(処置1件当たり費用)**

処置の種類	平均価格 (ポンド)	最高価格 (ポンド)	最低価格 (ポンド)	ユニット数
白内障	1,392	3,622	250	5
子宮切開	1,704	2,300	969	5
扁桃腺摘出	572	680	446	5
股関節代替	2,619	3,830	1,525	8
怒張静脈	471	715	161	7

出所：Glennerster, Matsaganis and Owens (1992)
p. 22.

を利用することによって病院を選択するであろうし、病院は情報システムの改善へいっそう動機づけられるものと考えられる（4節の(3)での議論）。

ただし過去の実績から予算を算定することが（従来 RHA から DHA への配分がそうであったように）定着すれば、故意の紹介率引上げなどファンドホルダーに歪んだ誘因を与えることになる。こうした誘因から中立的な予算設定の方式への模索は依然として今後の課題である。

競争と契約形態の変更

Glennerster らのサンプルの中には、いくつか競争的な契約過程の機能している（ただし一般化して語ることはできない）事例が含まれている。

総じて供給者側は、従来のブロック契約から契約形態を変更することに難色（場合によっては敵対的な対応）を示したが、ある地域では複数のファンドホルダーが、域内の各病院の患者待ち時間と価格について豊富な知識を持つ FHSA の職員を雇うことで、いっそう弾力に富む契約（余剰能力のある病院との短期契約など）の締結に成功している。契約形態は上限、下限設定のない費用および量契約であり、品質に関

する目標指定がなされ、それが満たない場合の契約更新は難しくなる。この事例以外にも、ファンドホルダー間での相違、診療科目による相違はあるが、費用および量契約やケース別費用契約の採用、細かな品質目標の指定、月もしくは4半期ごとの契約見直しなど、いくつかの進展がみられる。

供給者間の競争性促進の観点からは、まずファンドホルダーによる紹介先の変更、つまり従来の紹介先からの退出といった事例がいくつか上げられる。ある GP は産婦人科、整形外科および眼科の患者紹介を待ち時間の長い地区病院から他の（距離的には遠い）病院へと移している。もう1つの事例では、やはり大きな waiting lists を持つ地区病院の皮膚科への紹介を止め、私的診療を行っている専門医との1年契約を締結させている。

競争圧力の有効に働いている（ただ1つの）例としては、検査の試験所サービスが取り上げられている。検査結果がどれだけ早くかつ正確に回収されるかという次元で、地区の NHS サービスは民間の試験所と競合する状況に置かれる。サービスが良好であれば価格が高めでも民間会社への委託が選択されることになり、この脅威が既存の NHS 供給者に効率的な行動をとらせることになる（コンテストビリティ）。

残された課題

ファンドホールディングにまつわる未解決の問題は、先に取り上げた予算設定のあり方をめぐり議論も含めいくつか存在している。

まずリスク負担の問題がある。登録患者の規模が（したがって予算規模も）小さいとリスクの分散が図れないため、事後に患者タイプ（ニーズ）の構成に偏りが発生した場合にファンドホルダーの負う財政負担はそれだけ大きくな

る (Crump *et al.* (1991))。ファンドホルダーと RHA との契約はいわばブロック契約であり、ファンドホルダーがいっさいのリスク負担を負うことになる。

しかもこうしたブロック契約の設定は、登録者の良き代理者として行動する理想的な GP 像 (あるいは長期的な信頼関係) を暗黙に前提していると思われる。しかし 4 節(2)で病院サービスの市場という文脈で論じられたことはプライマリケアの市場にもそのまま当てはまる。ブロック契約下のファンドホルダー (プライマリケアの供給者) が機会主義へ走れば、費用を抑制する以上に質を低下させる可能性のあるばかりでなく、費用のかかりそうな高リスクの患者を退け、そうでない低リスクの患者の加入を促進する (あるいはそのように患者を仕向ける) ように行動するかもしれない。こうした行動を可能にするのは、規制者の RHA (と FHSA) より患者のリスク・タイプについての知識を保有しているという情報の非対称性であり、患者の近くにいてその代理者として病院サービスを購入するのにもっとも適した位置にあるということが、ここでは皮肉にもファンドホールディング批判へ論拠を提供している。また、もしこうしたリスク選抜 (risk selection) がはたらけば、ちょうど米国でリスクの高い被保険者が従来型の (報酬が出来高払いで支払われる) 保険プランに残り、リスクの低い被保険者が HMO に偏って加入する傾向があるのと同じ論理で、非ファンドホルダー (したがって DHA) にリスクの高い患者が残されることになる (クリーム・スキミング)。

次に、公平性の問題がある。ファンドホルダーと非ファンドホルダー (および DHA) は異なる誘因で動機づけられているので、結果と

して選択される診療 (紹介) パターンに差異が生まれ、質的な格差のもたらされる可能性があるだろう。さらに情報 (探索) 費用に差があり、ファンドホルダーが DHA よりも精度の高い供給者情報を安価に入手できるとすれば、ファンドホルダーに登録している患者ほど待ち時間も短く、良質のサービスを得ることができることになる。供給者に対する価格規制が不公平性の原因ともなりうる。規模の経済が働いているとしよう。このときトラストと DHA の契約がすでにブロック型の価格付けで固定費用をカバーしてなされているならば、(限界的な) 余剰能力を利用しての契約は限界費用での価格付けとなるため、明らかにファンドホルダー (の患者) に有利となる (Posnett (1991))。

とはいえ、ファンドホールディングの成果と NHS 全体に及ぼす影響に確定的な評価を下すのは (トラストについてと同様に) 時期尚早である。以上の論点もむしろ理論的な可能性であり、今後の実証研究によって明らかにされるべきだろう。

6. 結 語

NAHAT がイングランドとウェールズの DHA (総数のおよそ半分が回答)、DMU およびトラスト (総数のおよそ 1/3 が回答) を対象に 1992 年の春に行った調査によれば、90/91 年度から 91/92 年度にかけてデイ・ケースの数が 33%、入院件数が 3.5%、外来件数が 3.2%、それぞれ増大し、ことに費用効率的とみなされるデイ・ケースの伸びが顕著である。また入院治療を 2 年以上待たされていた人々の数は「注目に値すべき」97% の減少を示し、1 年以上待たされている人々の数の減少率は 40% であった (NAHAT

(1992))。

もちろん、NHSにおける waiting lists の問題はもっとも政治化した争点であり、こうした「目に見える」指数の際立った変化だけで改革の正当性や効果を裏づけることは危険である。医療設備の拡大競争が医療サービスそのものの質を高めるとは限らないように、待ち時間の短縮が非効率性の圧縮ではなく、患者1人当たりの治療時間の減少を意味するのであれば、待ち時間の短縮という次元での競争が質の改善をもたらす必然性はないといえる。むしろ waiting lists の圧縮を至上命令とする政治的圧力が内部市場を歪め、その発展を阻害する可能性さえあるだろう。

とはいえ、そもそも改革法自体が医療専門職団体との政治的な妥協の産物として成立しているとすれば、理想的な内部市場メカニズムの作動を阻害する要因が拭い去られることなく頑健に残されているのはごく当然なことであろう。例えば医師の報酬制度に顕著な変更があったとみなすことはできず、医師を効率的行動へと動機づける、サービスの量と質に依存して支払われる報酬体系 (performance related pay) の導入はまだ先のことであり、したがって2節で指摘された点は、基本的に未解決のままであるといって過言ではない (Bloor, Maynard & Street (1992))。しかも、そうした医師契約を可能にする情報の完備化もまた未解決の課題であることに変わりはない。供給者に対する価格規制やGP ファンドホルダーの予算付け問題など、内部市場メカニズムを損なわせるかもしれない阻害誘因 (disincentive) 的要素はほかにもある。

NHS 内部市場の動態が図5のようにモデル化されるとしても、この動態がある場合には政

治的軋轢で歪められたり、あるいは是正されたりしながら、今後どのように展開し、どのような成果をもたらすかは改革3年目の今も予測しがたく、整合的なデータの集積と実証的研究の積み重ねが切に待たれるばかりである。

注

- 1) 保守党政権による内部市場あるいは管理競争モデルに基づく改革は、Enthoven (1985) のアイデアを含み、そこから多大な影響を受けていると考えられる。しかしGP ファンドホールディング (3節と5節で詳説) の発想は Enthoven というよりむしろ Maynard (1986) に由来していると考えられる (Glennerster, Matsaganis & Owens (1992))。
- 2) NHSにおける waiting lists の問題を詳細に分析している研究として、Yates (1987) と Frankel & West (1993) がある。
- 3) このことに関連して、姉崎・池上 (1991) 第1章の基本的な主張は政権交代 (サッチャリズム) は NHS に本質的な影響をもたらすものではなかったというものであり、結論を先取りして述べれば、次節で取り上げる医師の誘因問題を (将来的に) 内部市場メカニズムが解決しない限り、ある意味でこの主張は NHS 改革後も妥当性をもつといえるだろう。
- 4) その意味で NHS 内外の英国医療経済学者の、米国 Oregon 州の医療制度改革に対する関心はきわめて高いといえよう。なお Oregon Experiment については、久繁 (1992) を参照のこと。
- 5) 改革に先立つ1990年4月に、このテーマでのシンポジウムが Office of Health Economics の主催で開催されている (Griffin (1990))。
- 6) こうした観点から Healey & Ryan (1992) は、GP の効用関数を規定するパラメータとしてどのようなものがあり、それらがどのように GP 間で異なるか実証的に検討している。
- 7) 以下の議論は部分的に Bartlett (1991) および Propper (1992) に負うところが大きい。なお Propper は、米国での病院、ナーシング・ホーム、社会的介護サービスの各部門における契約過程および契約形態についての実証研究に簡単なサーベイを与え、英国の内部市場モデ

ル改革への応用性を探っている。

参考文献

〈英文〉

- Bartlett, W. (1991), Quasi-Markets and Contracts: A Markets and Hierarchies Perspective on NHS Reform, *Studies in Decentralisation and Quasi-Markets* No. 3, SAUS, University of Bristol.
- Bartlett, W. and Le Grand, J. (1992), The Impact of NHS Reforms on Hospital Costs, *Studies in Decentralisation and Quasi-Markets* No. 8, SAUS, University of Bristol.
- Baumol, W.J., Panzar, J.C. and Willig, R.D. (1982), *Contestable Markets and The Theory of Industrial Structure*, Harcourt Brace Jovanovich, New York.
- Bloor, K., Maynard, A. and Street, A. (1992), *How Much is a Doctor Worth?*, Discussion Paper No. 98, CHE, University of York.
- Crump, B.J., Gubbon, J.E., Drummond, M.F., Hawkes, R.A. and Marchment, M.D. (1991), Fundholding in General Practice and Financial Risk, *British Medical Journal* 302, 1582-4.
- Culyer, A. and Posnett, J. (1990), Hospital Behaviour and Competition, in Culyer, A., Maynard, A. and Posnett, J. (ed.), *Competition in Health Care: Reforming the NHS*, Macmillan, 12-47.
- Day, P. and Klein, R. (1991a), Britain's Health Care Experiment, *Health Affairs* Fall 1991.
- Day, P. and Klein, R. (1991b), Variations in Budgets of Fundholding Practices, *British Medical Journal* 303, 168-170.
- Demsetz, H. (1968), Why Regulate Utilities?, *Journal of Law and Economics* 11, 55-60.
- Department of Health (1987), *Promoting Better Health: The Government's Programme for Improving Primary Health Care*, Cm. 249, HMSO, London.
- Department of Health (1989), *Working for Patients*, Cm. 555, HMSO, London.
- Department of Health (1992), *The Government's Expenditure Plans 1993-94 to 1995-96*, *Departmental Report*, Cm. 2212, HMSO, London.
- Enthoven, A.C. (1985), *Reflections on Management of the National Health Services*, Occasional Papers No. 5, Nuffield Provincial Hospitals Trusts, London.
- Frankel, S. and West, R. (ed.) (1993), *Rationing and Rationality in the National Health Service*, Macmillan.
- Glennerster, H., Matsaganis, M. and Owens, P. (1992), *A Foothold for Fundholding*, Research Report No. 12, King's Fund Institute.
- Griffin, J. (ed.) (1990), *Factors Influencing Clinical Decisions in General Practice: Papers from a Symposium Held in London on 23 April 1990*, Office of Health Economics, London.
- Healey, A. and Ryan, M. (1992), *Factors Influencing General Practitioners' Decisions to Refer: A Preliminary Step towards Explaining Variations in GP Referrals*, Discussion Paper, HERU, University of Aberdeen.
- House of Commons (1992), *NHS Trusts: Interim Conclusions and Proposals for Future Inquiries*, HMSO, London.
- Hughes, D. and Yule, B. (1992), The Effect of Per-item Fee on the Behaviour of General Practitioners, *Journal of Health Economics* 11, 413-437.
- Hunter, D.J. (1993), *Rationing Dilemmas in Health Care*, Research Paper No. 8, NAHAT.
- Klein, R. and Redmayne, S. (1992), *Patterns of Priorities: A Study of the Purchasing and Rationing Policies of Health Authorities*, Research Paper No. 7, NAHAT.
- Laffont, J-J. and Tirole, J. (1988), Repeated Auctions of Incentive Contracts, Investment, and Bidding Parity with an Application to Takeovers, *RAND Journal of Economics* 19 (4), 516-537.
- Maynard, A. (1986), Performance Incentives, in Teeling Smith, G. (ed.), *Health, Education and General Practice*, Office of Health Eco-

- nomics, London.
- Mayston, D. (1990), NHS Resourcing : A Financial and Economic Analysis, in Culyer, A., Maynard, A. and Posnett, J. (ed.), *Competition in Health Care : Reforming the NHS*, Macmillan, 67-109.
- NAHAT (1991), *NHS Handbook-1991 Edition*, NAHAT.
- NAHAT (1992), *Financial Survey of Health Authorities and Provider Units 1992 Part 1*, NAHAT.
- Office of Health Economics (1992), *Compendium of Health Statistics 8th Edition*, Office of Health Economics, London.
- Posnett, J. (1991), *The Political Economy of Health Care Reform in the UK*, Paper presented at the health policy symposium "Competitive Health Policy Reforms: Appraisal and Prognostication" at the University of Illinois, November 1991.
- Propper, C. (1992), Quasi-Markets, Contracts and Quality, *Studies in Decentralisation and Quasi-Markets* No. 9, SAUS, University of Bristol.
- Shiel, A. (1991), *Self Governing Trusts : An Agenda for Evaluation*, Discussion Paper No. 78, CHE, University of York.
- Wagstaff, A., Doorslaer, E.V., et al. (1992), Equity in the Finance of Health Care : Some International Comparisons, *Journal of Health Economics* 11, 361-387.
- Williamson, O.E. (1975), *Markets and Hierarchies : Analysis and Implications*, The Free Press, New York.
- Williamson, O.E. (1985), *The Economic Institutions of Capitalism*, The Free Press, New York.
- Yates, J. (1987), *Why Are You Waiting ?*, Oxford University Press.
- <邦文>
- 姉崎正平・池上直己編著(1991)『世界の医療改革—政権交代は医療を変えるか』, 勁草書房。
- 池上直己(1987)『成熟社会の医療政策—イギリスの「選択」と日本』, 保健同人社。
- 久繁哲徳(1992)「医療の優先順位決定と医療システムの効率化—オレゴンの医療改革」, 『海外社会保障情報』101号, 48-60, 社会保障研究所。
- (なかいずみ・まき 國學院大學助教授)