

ニュージーランドにおける保健医療改革と 競争原理の導入について

——市場および政府の失敗に対する Quasi-Markets の形成——

西村 万里子

I. ニュージーランド社会保障の変革

ニュージーランドは、多くの先駆的な社会政策に加えて、老齢年金法(1898)、児童手当制度(1926)、総合的事務補償制度(1974)等の導入において、世界の最先端を歩んできた。また、アメリカについて成立した社会保障法(1938、1964年に現行法)は内容・総合性の点で世界で初めての高い水準に達するものとして、ベヴァリッジプランにも影響を与えた。これらを基礎にその後1960年代にかけて、労働党政権の下で¹⁾、ニュージーランド経済の安定を背景として、社会保障・社会福祉施策が拡充・進展され、高度な福祉国家体系が形成されていった。

この段階までのニュージーランド社会保障施策の特徴として、次の点があげられる(横浜市(小松編)(1987))。

- ①社会保障領域における社会保険と公的扶助の総合化にとどまらず、主にハンディキャップを持つ国民を対象とする社会福祉的施策と主に労働者を対象とする社会政策をも総合した、独特な発展形態をとげた。
- ②社会保障の費用は拠出に基づく社会保険方式によるのではなく、一般租税で賄われている。

③②とも関連して、中央政府の役割が大きく、中央政府と地方自治体の共同分担方式をとらずに、中央政府が各地域事務所を通じて、社会保障・福祉サービスを直接提供する方式である。

④基本的に、社会的に弱い層により厚い手当を保障するという考えに基づく。具体的には、資産調査を前提として、選別的な対応をすると同時に、給付は一律に普遍的に保障するという、給付方式である。

その後、1970年代のオイルショックに伴う農業・酪農畜産品の相対価格の低下(ニュージーランド輸出の中心である)、イギリスのEC加盟に伴う輸出市場の縮小によって、ニュージーランド経済は停滞し、さらに80年代以降、財政悪化・高齢化問題も顕在化してきた。このような経済・財政問題に対して、1984年から87年の労働党政権の下で、大規模な経済改革が実施された。

それは①規制の緩和・撤廃による金融の自由化、②公的部門に対する補助金・規制の緩和・撤廃、③所得税・法人税を中心とする高度累進課税体系から、物品サービス税(Goods and Services Tax)の導入による税制改革、であった。この一連の経済改革は80年代に実施された、英米のサッチャリズム、レーガノミックスと称

される改革と類似し、規制や累進的税負担の減少、補助金の撤廃により、公私両部門における競争機能を活発化しようとしたもので、大蔵大臣の名にちなんでロジャーノミックスと称された。

続いて、1987年から同労働党政権の下で、経済改革の一環として、停滞する経済に対応するように社会保障の財政負担の軽減を目的として、医療・教育を含む社会改革が実施に移された。①教育部門においては、授業料の有料化、②医療部門においては、保健医療サービス制度の改革と患者自己負担の選別性の強化が行われた。この改革においては、公的負担の軽減を図るために、全般的には受益者負担を増加させたが、給付の選別主義的性格を強化することで、高齢者、障害者、低所得者層等に対しては、保障水準を維持する方法で対応した。

1990年、労働党に代わり政権を担った国民党政権は、労働党の実施し始めた社会保障改革をさらに大規模な形で着手し、現在もその改革を進めている。労働党政権では、社会保障の給付水準の引下げは行われなかったが、国民党政権下に至って、年金や失業手当等の給付水準の引下げ、保健医療サービス部門の自己負担制度の導入等を通じて、保障水準の抑制が実施されるようになった。それは、基本的には労働党が行った選別主義的保障を強化する方法で進められた。

以上のように、ニュージーランド社会保障の改革を概観することによって、1980年代以降、1960年代までに形成された高度な福祉国家体制を大きく変化させる改革がなされ、その背景には経済的要因が働いていることが確認できる。それは経済の低成長と社会保障費の増大による財源問題と高齢化という、先進国に共通する問

題に対処する試みである。そして、その方向は①普遍的な一律の給付水準から、選別的保障へ、②一般租税による公費負担から受益者・世帯の負担へ、③中央政府の直接的な社会保障サービスの提供体制から契約・競争を基礎とする供給体制へ、と社会保障システムを再構築していこうとするものである。保健医療における市場の失敗に対して、1970年代までの政府の介入が実施されてきたが、その介入の結果生じた政府の失敗に対応するものが、近年の改革といえる。

ニュージーランドの社会保障については、その優れた足跡にも関わらず、地理的な位置や人口規模が小さいこと等により十分な研究がなされてこなかった²⁾。しかし、高度に築かれた福祉国家の1国が、先進国共通の問題に対応を図るために、社会保障制度をどのように改革しているかを考察することは、今後の日本の社会保障改革を考えるうえでも、必要となってくる。また、市場メカニズムを社会保障部門に導入する動きは、1980年代以降の先進国共通の改革方向である。この点からもニュージーランドの社会保障改革の考察が必要とされる。

II節以下では、ニュージーランド社会保障改革の中で、とりわけ根本的な改革が実施されている、保健医療改革に焦点を当てて考察する。同国では、1980年代後半以降、2度の保健医療改革が実施され、特に1992・93年から、保健医療サービスの需給両面にわたって、大きな改革が実施されているが、本稿では、市場と政府の失敗に対応する供給面の改革に焦点を当てることとする。まず、1938年社会保障法成立から1980年代にいたる保健医療サービスシステムの在り方・問題点をふまえたうえで、1980年代、1993年の改革の内容・課題について理論的視点も含めて考察する。

II. 1980年代以前の保健医療システム

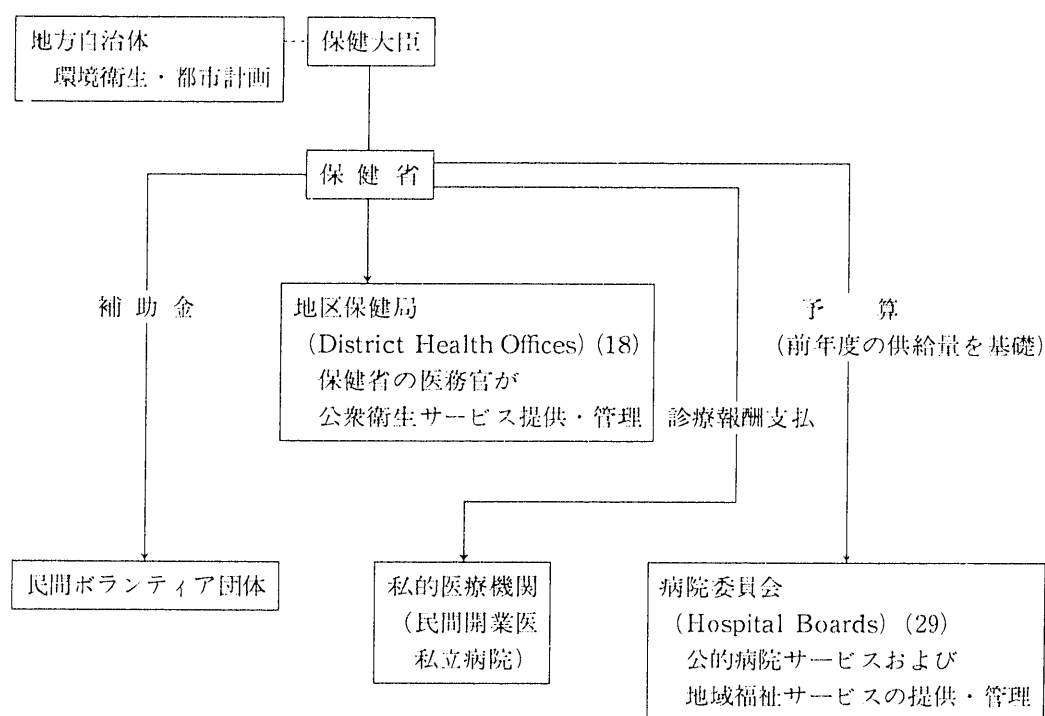
1. ニュージーランドの医療保障制度の成立

ニュージーランドの医療保障システムは、日本のように医療保険に基づく体系ではなく、イギリスと同様に一般租税で包括的に医療サービスを提供する体系に分類される³⁾。

医療供給部門については、日本と同様に公的部門（公立病院）と私的部門（私立病院，民間開業医）からなる混合供給体制であるが，第2次・第3次医療レベルでは公的部門の比率が高い（1991年病院数－公立146，私立191，病床数－公立19,125，私立6,963）。この体系は，基本的には1938年の社会保障法の理念に基づき，医療サービスを社会サービスとして，全住民に対して普遍的アクセスを保障する考えを具体化したものである。

1980年代までの医療保障制度における供給面については，1920年保健省が設立され，その支部として医療・コミュニティサービスを管理する地区保健局，公立病院を管理・運営する病院委員会等の役割が明確化されたことによって，医療保障システムが体系化された。需要面については，1938年法によって，保健医療給付が制度化され，公立病院の入院サービスの無料化が実現された。1940年代までに，給付体制が確立され，公立病院の入院・外来サービス，私立病院・民間開業医の検査・X線・出産サービスについては無料，私立病院・民間開業医の診察・入院サービスについては一部の給付補助が実現された（山崎（1977））。

形成された保健医療システムの概略は図1である。公的部門において，公衆衛生に関わる保健医療サービスの計画・提供・財政については，保健省（Ministry of Health）が責任を持ち，



資料：OECD（1994），*Health Policy Studies* No. 5, *The Reform of Health Care Systems*, OECD, Paris, p. 227 より作成

図1 1980年代以前の保健医療システム

この目的のために全国は18の保健地区 (Health Districts) に分割され、各地域に地区保健局 (Health District Offices) が設置された。各保健地区は保健省の医務官 (Chief Medical Officer) によって管理されていた。公的病院サービスとコミュニティサービス (老人や障害者に対する地域看護や在宅ケアサービス等も保健医療サービスに含まれている) の提供については、保健地区とは別に、全国が29の病院区に分割され、各地の病院委員会 (Hospital Boards) によって管理されていた。その委員は地区の選挙によって選出されるが、経費は中央政府である保健省が負担していた。

私的部門 (私立病院、民間開業医) においては、日本と同様に出来高払い制 (fee-for services basis) の下で保健医療サービスの供給がなされている。しかし、統一して規定された診療報酬体系はなく、供給者はサービス価格設定の自由を持っている。費用については、私的部門の薬剤・検査・出産サービス等は国が全て負担するが、一般医・専門医の診察サービスや入院サービスは一部分国が給付として負担する。給付と価格との差額は患者が負担する。また、保健医療・社会福祉サービスの提供における、民間ボランティア団体の役割は大きく多様であるが、これらにも国が補助金を交付している⁴⁾。

その他、環境衛生と都市計画は地方自治体に委譲されている。ただし、保健医療システムにおける自治体の役割は小規模で、全体的に中央政府が保健医療サービスの普遍的な保障をするという、中央集権的な組織といえる。

2. 1970年代以降における問題の顕在化

以上概観した保健医療システムは、1970年代初頭までの経済成長を基礎として、その拡張・

維持が可能となっていた。しかし、それ以降、一方で経済成長が低下するとともに、他方で、以下の2点の問題が表面化してきた (Blank (1994))。

①保健医療支出については、対前年増加率をみると、1969年から72年は14.8~15.7%、1973年から80年は20%以上の上昇、対GDP比でも、1960年4.3%、1970年5.2%、1980年7.2%へと上昇を示した。この間、保健医療支出に占める公的負担の割合も1970年80.3%、1980年88.0%へと増加を示しており、医療支出と公的支出の増大が第1の問題点となった (図2、表1参照)。

②私立病院・民間開業医サービス (主にプライマリケア、第2次医療を担当) については、国からの部分的な給付と給付を越える差額分を患者が自己負担する形であるが、制度設立当初は、給付を上回る差額徴収部分の割合は少なく、出来高払いの下で、平等なアクセスが実現していた。しかし、1941年から1969年まで、保健給付の水準が据え置かれたために、1950年代初頭から差額徴収の割合が増加し始めた。1970年初頭には実質的給付率が約50%まで低下した。その後、給付の上昇が実施されたものの、十分な引上げが行われなかった結果、1980年には実質的給付率が20%以下にまで低下した。

私立病院・民間開業医サービスに対するこのような実質的給付の低下が、低所得者層にこれらのサービスに対するアクセスを低下させることになった。この問題は、患者負担のない、公立病院の入院や診察を待つ人数と期間 (waiting lists) の増大となって、顕在化してきたのであった。

1974年、Health Service for New Zealand (Ministry of Health) の報告書が提出され、このように表面化した問題が1980年代からの公

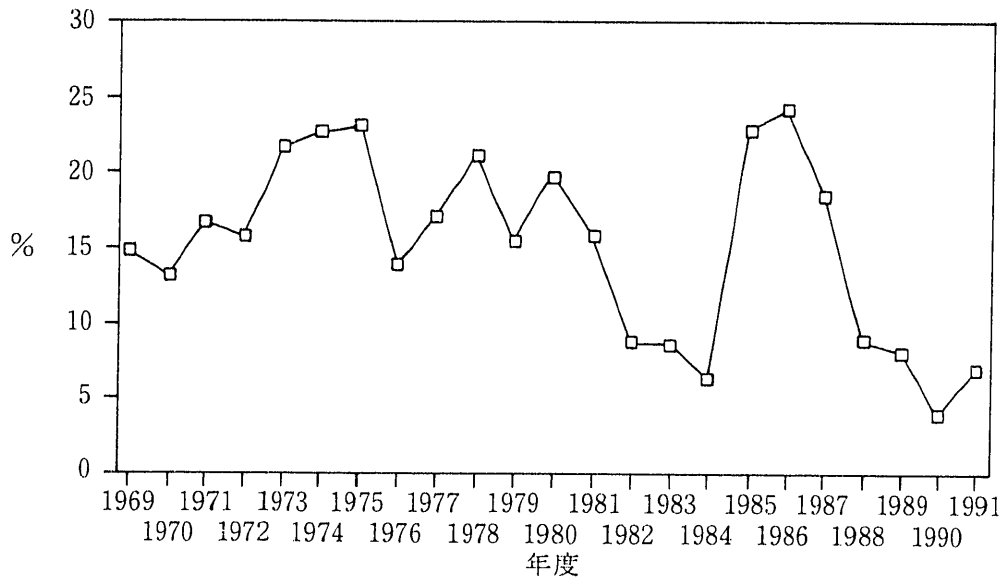


図2 保健医療費の対前年増加率

表1 保健医療支出

年度	保健医療支出 (100万 NZドル)	対GDP比 (%)	公費負担 (%)	自己負担 (%)	民間保険 (%)
1960	124	4.3	80.6	—	—
1970	300	5.2	80.3	—	—
1980	1,660	7.2	88.0	10.4	1.1
1981	1,923	6.9	—	—	—
1982	2,090	6.6	88.1	10.2	1.3
1983	2,267	6.5	—	—	—
1984	2,408	6.1	87.0	11.0	1.5
1985	2,956	6.5	86.9	10.8	1.8
1986	3,670	6.6	86.3	11.4	1.9
1987	4,344	7.0	87.3	10.4	1.9
1988	4,718	7.1	85.6	11.6	2.4
1989	5,090	7.1	85.8	11.4	2.4
1990	5,277	7.2	82.4	14.5	2.8
1991	5,633	7.6	81.7	14.5	3.5

資料：Blank R.H. (1994), *New Zealand Health Policy A Comparative Study*, Oxford University Press, Auckland, p. 130
 OECD (1993), *Health Policy Studies No. 3 OECD Health Systems*, OECD, Paris, Vol. 1 p. 108, Vol. 2 p. 34 より作成

立病院の経営効率化を意図する改革を実施させる要因となったのである。

III. 1980年代の保健医療改革

1. 1980年代の保健医療改革の内容

1974年報告書の提案は、労働党政権の下で、1983年地域保健委員会法 (The Area Health Boards Act) として具体化した。この改革によって、保健医療サービス提供の効率化を図るために、①公的部門においては、中央の保健省が直接管理・運営していた体系から、保健医療サービス全般の購入・供給を行う独立した主体となる体系へ再編成されて、それらの主体が保健大臣と契約するシステムへ変更された。しかも、契約には保健医療サービスのインプットではなく、アウトプットに基づく基準を導入した。②公的部門への予算配分について、従来の前年度の費用実績を基礎とする方法を変更して、人口を基礎とする基準 (population-based-funding formula) を導入し、公立病院予算の配分に制約を設けた。加えて、病院経営の効率化にむけて、総括管理者 (General Manager) 制度を導入した。これらの改革は1980年代初期に行わ

れたイギリスの医療改革と類似点が多く、公的部門の経営構造を変更するものであった。

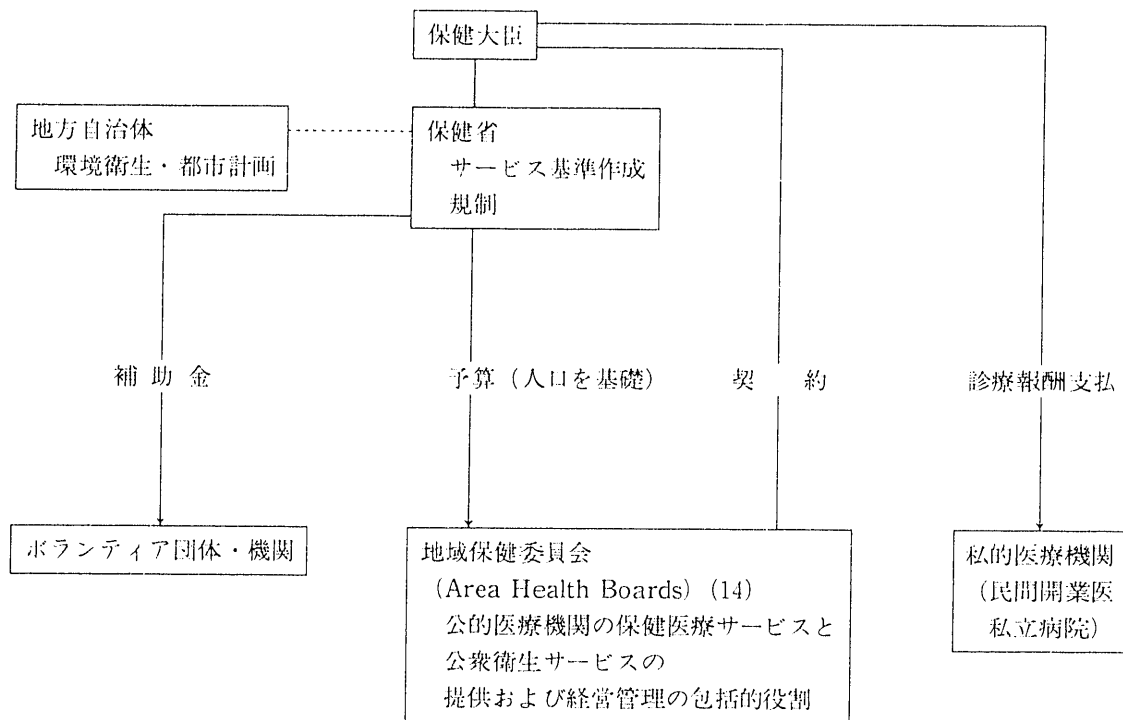
具体的に改革の内容をみてみよう。公的医療部門については、1983年法の下で、公衆衛生サービスを担当する保健省の地区保健局と保健医療・コミュニティサービスを担当する病院委員会からなる従来の構造が、両者の機能を統合して、地域保健委員会 (Area Health Boards: AHBs) を基礎とする構造に変更された。同時に、保健医療サービス全般の提供において、各 AHB と保健大臣が直接契約するシステムが導入された (図 3 参照)。

AHBs の最初の設立は1985年から開始されたが、住民と医師側の反対のため、段階的な設立となった。反対理由は、それまで地域の保健医療サービスを担っていた病院委員会の委員は、委員長も含め全て地区の選挙で選出されていたが、AHBs の委員長は政府官僚 (Chief

Executive Officer) とするという点にあった。1989年までによくやく14の AHBs が設立され、AHBs システムが形成された。

1983年から88年までは、AHBs の委員長を除く委員は (委員数 8~12名)、3年ごとの地方自治体の選挙と同時期に地区選挙によって選出されていた。しかし、1988年から91年にかけて、委員人数を減少させるとともに、財政・経営知識を補充する者として、保健省から委員長に加えて4人の委員を任命することになった。このような保健省による AHBs の任命委員の増大は、以下に触れる、独立主体としての AHBs と保健大臣との契約システム機能を縮小させる結果を生じさせることになる。

AHBs システムへの変更は、中央保健省の役割を AHBs に分権化することを目的としていた。そのため、保健医療以外の公的部門における中央政府の行政管理縮小の改革が、さらに保



資料 : OECD (1994), *Health Policy Studies No.5, The Reform of Health Care Systems*, OECD, Paris, p. 229 より作成

図 3 1983年～1992年の保健医療システム (段階的導入のため1989年から完全実施)

健医療部門の管理・財政に契約システムの導入を実現させた⁹⁾。それは AHBs への再編の中に、各 AHB と保健大臣との間の直接の年単位契約 (contract) を導入するもので、契約には両者間の経営責任関係 (accountability) も定義された。しかも、契約の基準として、The Health Benefits Review (1986) の提案に基づいて、インプット基準でなくアウトプット基準が、1989年 (病院委員会から AHBs 体制への変更完了時点) に公式の基準として作成された。それは、提供されるべき保健医療サービスの範囲に関して、健康状態、サービスの内容、アクセス、効率等のデータを利用して180種類のアウトプットを特定化するもので、契約するアウトプットは入院サービスから在宅ケアまでの範囲に及ぶ。

このアウトプット基準使用の背景には、政府が2次医療の拡大抑制のために、1980年から作成していた保健医療サービス計画のガイドラインにおいても、当初のインプット基準からアウトプット基準に注目するようになっていたことが存在している。

公的部門への財源配分基準の変更も実施された。1983年まで、病院委員会による体制においては、過去の費用実績を基礎として財源が配分されていたが、1983年以降、AHBs の財源は人口を基礎として、その地域のニーズに合わせて予算額で配分されるように変更された。その他、年齢・性別構成比率、出生・死亡率に加え、患者の移送費用等も考慮される。このように AHBs の予算配分に制約 (capping) を設け、加えて、公的病院に総括管理 (general management) を導入することによって、病院経営の効率化を通じて、費用抑制を図ろうとしたのである。

2. 1980年代改革の問題点

1980年代医療改革は、保健医療サービス部門における中央政府の役割縮小とサービス管理・提供における経営の効率化を求めるものであった。このために、地域保健委員会 AHBs が設立され、保健省管理下の地区保健局は再編され、保健医療・コミュニティサービスとともに公衆衛生の計画・提供についても、AHBs が役割を担うことになった。その結果、AHBs の設立は中央保健省の権限を縮小させる意図であったにもかかわらず、それは従来の病院委員会の権限に地区保健局の権限を加えたものとなり、不十分な統合を生じさせた。

また、AHBs 体制形成時の1990年度から、AHBs は独立主体として、提供するサービスの範囲・アクセス、医療費に関して、保健大臣との直接契約が開始された。しかし、AHBs 委員の保健省からの任命割合は徐々に増加され、契約システム機能が縮小し、この改革は逆に中央集権化する結果となっていた (Blank (1994))。

実際に、AHBs 体制におけるアウトプットに基づく契約の実施が次のような問題を生じさせた。それは、①公立病院の効率化を達成できなかった結果、実質保健給付の低下による国立病院の waiting lists の増大・長期化、②保健医療の費用、アクセスに関する AHBs 間格差の拡大である。①について、1980年代において、保健医療費に占める自己負担の割合はほぼ10%で一定であったが (表1 前掲)、国立病院の手術に関する waiting lists 件数の平均は1981年の38,501件から1991年は62,035件へと61.1%の増加をみた。私立病院の自己負担の増加が無料の公立病院への受診を促し、waiting lists の増加となって表れたものである。これらの問題に加えて、一旦は低下した保健医療費も、1980年代

後半から再び上昇し始めた。このような問題が1980年代保健医療改革の構造的欠陥を露呈させることになった。

構造的な欠陥とは、AHBs体制が地区保健局と病院委員会の2つの機能を統合し、逆に中央化を招く点と、サービスの購入者と供給者という2つの役割を持つ意味で、独占的な性格を有するに至る点という根本的な問題であった。加えて、waiting listsの増大に表れるアクセスの不公平問題は患者の自己負担のあり方と関連していることが認識されるようになった。これらの点が1990年以降の大規模な保健医療改革の要因となった。

IV. 1990年代の保健医療改革

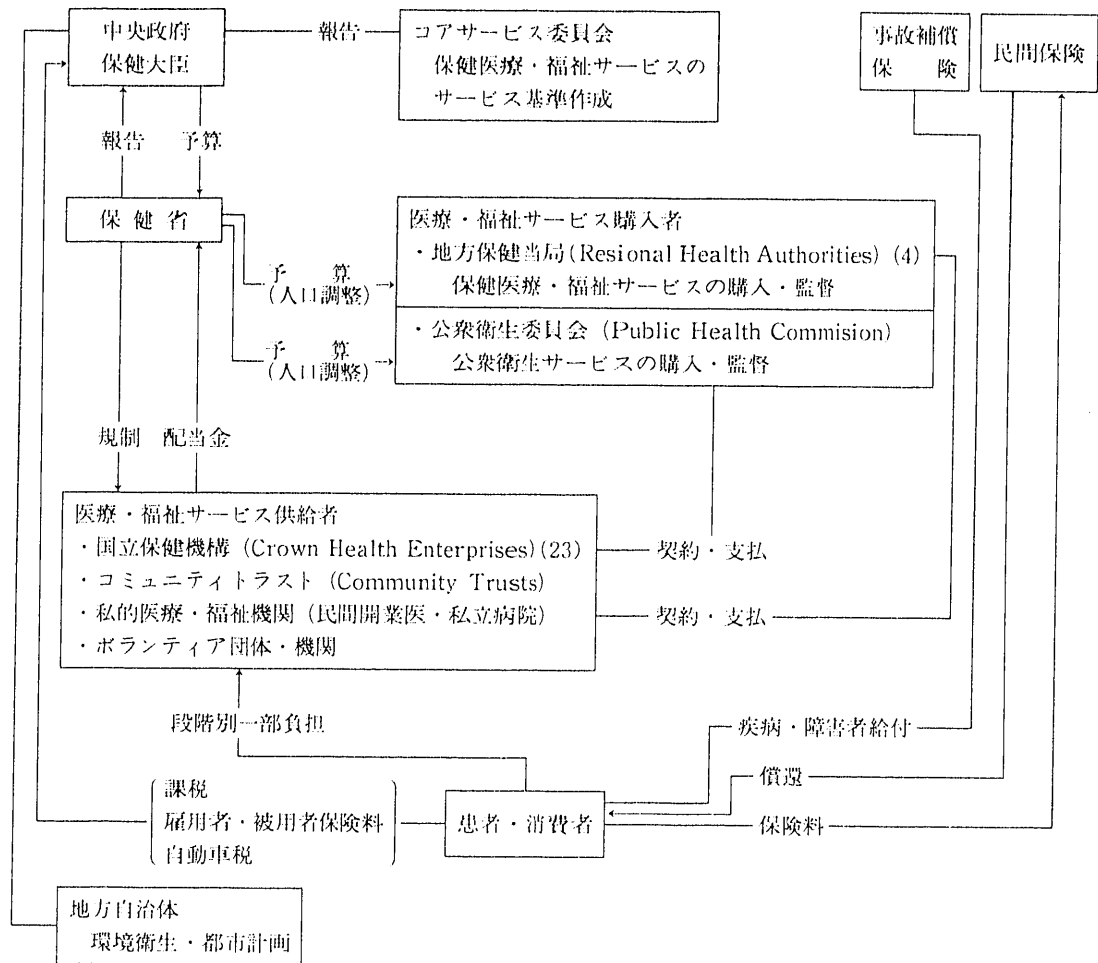
1980年代改革の問題点を受けて、労働党政権下で、AHBs体制への変更が完了する以前にThe Hospital and Related Services Taskforce (Gibbs reports titled Unshackling the Hospitals) (1988)がすでに提出され、さらなる改革が主張されていた。この中で、保健医療・公衆衛生サービスに関する購買機能と供給機能が結合されているAHBsシステムから、購入者(purchasers)と供給者(providers)を分離させ、両者が保健医療サービスの質と価格について契約することで、供給者間の競争を生じさせる、Quasi (internal)-Marketsを導入する。これによって、公的負担をする保健医療システムの効率化を図ることが主張された。

この主張は労働党政権では却下されたが、次政権となった国民党政権の報告書Your Health and the Public Health (1991)の中に具体化され、1993年から改革が実施された。それは供給面を中心にして中央保健省が管理・規

制していた保健医療体制から、競争原理をもつ市場へ移行させようとする大きな改革であった。1990年からのイギリス医療改革に類似したもので、市場および政府の失敗に対応して、市場と政府メカニズムの各々のメリットをあわせもつQuasi-Markets(疑似市場)を形成する改革である。改革の要点は以下にまとめられる(Hofmaeyer & McCaCarthy (1994), OECD (1994))。

①この改革は1993年の保健医療・障害者サービス法(The Health and Disability Services Act)の下で、1993年7月1日から実施に移された。AHBsに統合されていた購入者と供給者の役割が分離、AHBsは廃止され、新たに購入主体として、一般保健医療・コミュニティサービスを担当する地方保健当局(Regional Health Authorities: RHAs)と公衆衛生サービスを担当する公衆衛生委員会(Public Health Commission: PHC)が、供給主体として、公立病院グループの国立保健機構(Crown Health Enterprises: CHEs)、コミュニティサービスを供給するコミュニティトラスト(Community Trusts)が設立された。供給主体は上記の他に、私的医療機関(私立病院・民間開業医)、民間ボランティア団体が加わることになる(図4参照)。

購入者は国から配分された予算の下で、地区住民の代理人として、保健医療サービスを購入する。全ての公的・私的供給主体はRHAsまたはPHCと契約を結び、契約した特定のサービス範囲を供給する。この契約関係において、購入・供給される保健医療サービスの最低水準を全国民に対して保障するために、政府によってコアヘルスサービス諮問委員会(National Advisory Committee on Core Health Ser-



資料：OECD (1994), *Health Policy Studies No. 5, The Reform of Health Care Systems*, OECD, Paris, p. 238

Hoffmaeyer U.K. and McCaarthy T.R. (eds.) (1994), *Financing Health Care Vol. 2*, Kluwer Academic Publishers, Netherlands, p. 843

Blank R.H. (1994), *New Zealand Health Policy A Comparative Study*, Oxford University Press, Auckland, p. 129 より作成

図4 1993年の保健医療改革

vices) が設立され、地区住民に提供すべきサービスの基準を提供することになった。

②これまでプライマリケアと2次医療、社会福祉サービスの財源は、別個に配分されていたが、設立されたサービス購入主体には、これらの全サービスを含む一定額の子算が配分されることになる。

③供給側において、公立病院と私立病院・民間開業医間の競争を生じさせることになるが、将来は私的な保健医療機構 (Health Care

Plans: HCPs) を設立し、購入側、つまり需要側における競争の導入も考えている。

1. 保健医療組織の改革

次に、新保健医療システムにおける、各主体について各々の役割をみてみよう。

(1)地方保健当局 (Regional Health Authorities: RHAs) と公衆衛生委員会 (Public Health Commission: PHC)

従来の AHBs は廃止となり、AHBs に統合

されていた一般保健医療サービスに関する購入と供給の役割が分離され、購買機能をもつ4のRHAsと供給の役割をもつ23のCHEsが1993年7月から設立された。

RHAsは地域住民である消費者の代理（エージェント）として行動する。従って、サービスの質と提供の効率化を図りつつ、プライマリケアから第2次医療にわたる保健医療サービス、障害者サービスをも含む福祉サービスを適切に購入する責任を担っている。それらのサービスは各供給主体（CHEs、私的医療機関、コミュニティトラスト、民間ボランティア団体）から購入するが、それは各供給主体とサービスの範囲、価格、質等についての契約（Contract）に基づいて行われる。

財源については、サービス種類ごとに分断されて配分されていた方法から、財源を統合して、各RHAには全ての保健医療関連サービスの購入を賄う総枠予算（capped budget）が配分される方法に変更された。財源の単一化によって、費用抑制を図るのが目的である。診療報酬の支払方法や価格設定は、RHAと各供給主体との契約において、総枠予算の制約の下で自由に決定することができる。

RHAsの委員は地域住民による選出ではなく、保健大臣から任命されることになった。従って、RHAは地域住民＝消費者の代理人であるとともに、支払者（funder）としての政府の代理人でもあるため、保健大臣に対しても責任をもつ。設立は1993年7月から開始されたが、変更完了までの移行期の措置として、AHBsの地区選出委員は廃止され、暫定的に保健大臣から管理者（Commissioner）が任命された。また、RHAsは患者の自己負担の水準についても自由な決定権を持つことになるが、当面は全国統

一の自己負担・給付水準が作成されている。

公衆衛生委員会 PHCは国立組織として設立され、AHBsに統合されていた機能の中で、公衆衛生サービスの購入に関する責任を持つ。RHAsと同様の形で実施される。

(2)国立保健機構（Crown Health Enterprises：CHEs）とコミュニティトラスト（Community Trusts）

従来、公的医療部門はAHBsによって所有され、管理・運営されていたが、この改革の下で、AHBsの持つ2機能が分離された。それによって、供給側は独立採算制の公的企業体として、23のCHEsに変更された。従来システムでは、公立病院の赤字分は公費で補填され、その累積赤字額は1990年度346（100万NZ\$）、1992年度650（100万NZ\$）に達していた。新システムへの変更によって、CHEは独立採算の公的企業体となるため、株主となる保健・大蔵大臣に対する配当金、税金も支払うことになる。

各CHEは購入者のRHAと契約して、保健医療・福祉サービスを供給するが、契約をめぐるCHEs相互間あるいは私的医療機関との間に競争が生じることになる。新システムへの移行期においては、供給側への競争の導入によって、供給するサービスの範囲や継続性が低下しないように、政府は暫定的に、供給量に基づいて支払う契約（bulk-funded contract）を導入した。この措置によって、既存のサービス供給が財源的に確保されて継続できることとなっている。

また、社会福祉・出産サービスの提供、アルコールクリニックやリハビリテーションセンター等を含む、民間ボランティア団体や地方自治体がトラストを形成することによって、供給主体としてコミュニティトラストも設立された。

この供給主体も RHAs, PHC と契約してサービスを提供する。

(3)私的医療機関（私立病院，民間開業医）

供給主体の1つとして，RHAs と契約することになる。RHAs の公的財源の配分に関して，私的医療機関相互間及び CHEs との間に競争が生じることによって，供給者に費用効率化のインセンティブをもたらすことになる。

従来のシステムにおいては，民間開業医と私立病院は保健医療サービスの価格を自由に決定でき，支払方法が出来高払い制であるために，予算制限はなかった。しかし，新システムでは，総枠予算（overall capped budget）が各 RHA に配分され，各 RHA はこの予算制約の下で，全ての保健医療サービスに関わる費用を契約した供給主体に支払うことになる。従って，私的医療機関の財源も RHAs の総枠予算の制約を受けることになる。それによって，契約を通じて現行の出来高払い制が変更される可能性も出てくる。

(4)患者

従来のシステムでは，保健省からの定額保健給付と給付を超える差額分を自己負担する形態の下で，患者は私立病院・民間開業医受診の選択の自由を有していた。改革後，消費者の購買力は RHAs に集中させ，意志決定を委託することになるため，患者の選択の幅は，RHAs と私的医療機関との契約の形に依存することになるが，RHAs と契約しない私的医療機関の受診に際しては，基本的には患者側の負担になるため，選択の幅が縮小する可能性もある。

従来保健省から支給されていた保健医療給付は各 RHA から支給されることになる。長期的には，RHAs および将来の HCPs（後述する）は独自の給付や患者負担の水準を規定すること

になるが，暫定的には国が統一的な給付・患者負担水準を規定している。将来，HCPs が設立されれば，異なった給付・患者負担水準に関して，当該地区の RHA と私的な HCPs，これらと無契約の私的医療機関との間で，患者側の選択が可能となる。

(5)私的保健医療機構（Health Care Plans: HCPs）

1991年の報告書においては，消費者選択を保障するために，RHAs 以外に購入主体として，民間の保健医療機構 HCPs の設立が考えられていた。この HCPs には RHA と同様に政府の財源が配分され，この予算制約の下で，入会者に対して政府が規定する保健医療サービス基準をカバーして提供する。政府の監督下での私的な企業体となる。HCPs は現在，改革計画から除外され実施に移されてはいない。将来，HCPs が設立されると患者側は当該地区の RHA と民間の HCPs との間で，選択の幅が拡大することになる。

2. 改革後の予算配分とコアサービス基準の導入

公的医療機関の予算配分については，すでに1983年に変更が行われていた。それは公立病院を管理・運営していた病院委員会に対して，供給量＝費用に応じた配分方法から，人口を基礎とした配分方法（population-based founding formula）への変更であった。変更前は費用を基礎として赤字補填も公費で行っていた。この変更によって，公立病院予算の予算配分に制約を設定することで，費用抑制を図ろうとしたのであった。

AHBs 体制への移行後も，1989年から同様の配分方法が使用されていた。この体制で AHBs

と政府の契約システムが導入されるとともに、インプット基準でなくアウトプットを基準とした契約が導入された。それに対して、私的医療部門に対しては、出来高払い制の下で、保健省からの定額給付と差額分の自己負担によって賄われていたため、予算的制約はなかった。

1993年に始まる医療システムの改革以前は、私的医療機関、公的医療機関、社会福祉・障害者サービスは、各サービスごとに別々に財源が配分されていた。この改革によって、供給主体やサービスごとに分離されていた財源が統合され、プライマリケアから2次医療、障害者サービスを含む福祉サービスに関して、RHAsは総枠予算を保健省から配分されることになった。これは、保健医療関連サービス全体の財政と提供の効率化を図るものであった。

財政と提供の効率化を図る一方で、改革後の契約システムの中で、政府は充分で最低限のヘルスケアのアクセスを保障するために、コアサービス基準を作成することになった。1992年4月、政府のコアヘルスサービス諮問委員会(National Advisory Committee on Core Health Services)が設置されて、年1回作成した基準を保健大臣に提出する。

コアサービス基準作成の意味は、最低限のヘルスケアへのアクセスの保障であると同時に、公的に提供すべきサービスの範囲・水準を規定することである。従って、長期的には、保健医療に対する公費負担を規定することになる。すなわち、これに示された範囲については政府が公的に負担するが、それ以外の範囲は受益者が負担するという考えを表す点で、その作成は改革における重要な役割をもつ。このようなコアサービス基準を保健医療サービスの財政配分に導入したのは、ニュージーランドが最初である。

最初のコアサービス基準はRHAsの初年度(1993年度)契約に向けて作成された。しかし、短期的には基準を導入しても、供給側における財源配分にほとんど影響は生じてこないように作成されている。1993年度基準は現在提供されているサービス範囲と量を包括的に表示、1994年度基準はRHAsが提供すべきサービス範囲を大分類で表示するが、量についてはRHAsに任せるために表示しない。1995年度表示は現在公費で負担しているサービスをコアサービスとして示し、加えてアクセスやサービスの質の視点から、数種の疾病については効率的な治療例の提示、手術に関しては最大許容待ち期間が規定された。

3. 保健医療給付の改革

本稿は改革の供給面に焦点を当てているため、需要面の保健医療給付の改革については簡単に触れるにとどめる。

保健医療給付は1980年代以降の景気後退期にも十分に引上げられなかったために、患者自己負担の増加によってアクセスの保障が低下していた。もともと、ニュージーランドは公立病院の入院・外来サービス、薬剤・検査・出産等サービスの無料と、私的医療機関における選別的給付の形態を通して、アクセスを拡大してきた。それは、1969年以来、児童、高齢者、慢性疾患患者には一般成人よりも高額な給付がなされていたことにも示される。

従って、医療支出の増大に直面した際に、一般成人の給付がまず第1に据え置かれ、1980年代後半の医療改革で、診察サービスの医療給付(Medical Benefits)が一般成人についてはついに廃止となった。さらに、医薬品支出の急増に対して、薬剤サービスの自己負担が導入され

たが、ここでも、一般成人は他の者より高い負担となっていた。選別的な給付・負担の方向はさらに拡大した。1992年2月1日から、診察・薬剤・病院外来サービスに対して、世帯所得に応じた3段階の給付・自己負担が導入された。低・中所得層の2つのグループにコミュニティカードが導入され⁶⁾、低所得者、老齢年金等受給者、学生は最も給付の高いグループ1に分類され、公立病院の外来サービスの自己負担はない。従って、低所得層に関しては公立病院の入院・外来・サービスの無料は維持されている。

このように段階的な自己負担・給付 (targeted co-payments) を導入することによって、公立病院と民間開業医の外来サービスとの間の負担の公平と低所得者、高齢・慢性疾患者に対する保障水準を維持しながら、全体としては自己負担を増加させた。そのことによって、需要側からの (demand driven) 支出増を抑制しようとしたのである。そのため、低所得世帯にとっては民間開業医のプライマリケアの医療給付は増額され、自己負担が低下した。さらに、薬剤・病院外来サービス等の自己負担においても、上限が設定されて、過剰な負担から保護される仕組みとなっている。

現在、所得と明確に関連させた自己負担を規定しているのはニュージーランドのみである。この仕組みは1993年改革後の医療システムに引き継がれた。そこでは、保健省に替わってRHAsが医療給付を支給することになる。

V. ニュージーランド保健医療改革の理論的検討と課題

—Quasi-Marketsの視点から—

1992、93年から実施されている保健医療改革

の方法は、中央政府が直接コントロールするのではなく、公的資金に基づいて、消費者の代理人が供給者とサービス提供に関して契約することで、供給側に競争原理を導入して、保健医療システム全体の効率化を高めようとするものである。すなわち、政府の役割を保健医療サービスの購入のみに縮小し、供給側の意志決定を分権化して競争を導入することで、Quasi-Marketsを形成する政策である。このようなQuasi-Markets導入政策を理論的に整理してみる⁷⁾。

ヘルスケア市場は通常の市場と異なって、①需要の不確実性、②消費者の情報の不完全性(情報の非対称性)、③外部性の存在の特徴を持つ。①に対応して保険が発生するが、保険はモラルハザード、逆選択の問題を持つ。また、②③が供給側の独占状態を生じさせ、各供給主体が独占主体として行動しうることによって、供給者誘発需要 (supply induced demand) や価格の引き上げを招く。③によって、消費者の自由な選択に任せると過少消費となる。このように市場機構の下では、ヘルスケアに内包する特徴から非効率が生じてしまう。その結果、非効率に対処するために政府が介入することになる。

②から生じる問題に対しては、供給者への規制 (価格統制や最低供給水準の保証等) と政府による直接提供の方法で、政府が介入する。しかし、前者は供給側に参入障壁を招き、後者は政府の独占となる結果、やはり競争の欠如を生じさせ非効率となる。①③から生じる問題に対しては、医療給付・補助を導入して医療サービスの価格を低下させることで、消費水準を社会的効率を高める水準に導く政策をとる。しかし、この政策も価格を引き下げすぎると、超過需要となり、価格のrationing機能が低下する。その

結果、待ち期間の増加となって非効率性が顕在化し、公平性が低下する。

このような事情から、市場の失敗に対して実施される政府の介入も、競争の欠如によって非効率や公平性の低下が生じることになる。つまり、政府の失敗を招くのである。そこで、市場の失敗と政府の失敗に対して、各々の機能のメリットを利用するのが、イギリスやニュージーランドの保健医療改革にみられる Quasi-Markets の導入である。前節で検討したニュージーランドの医療改革はこのような考えに基づき、購入者と供給者を分離して、供給側に競争原理を導入することで、Quasi-Markets を形成する政策である。供給側への競争導入によって効率を高め、消費者の情報の不完全性に対して、消費者の代理人を導入することによって、公平性を維持しつつ公的負担を増加させずに、医療費を抑制し、患者への責任を上昇させるのが目的である。

Quasi (擬似) と称するのは次の点で純粹の市場と異なっているからである。供給側では、公的・私的部門の供給主体が、消費者の代理人との契約をめぐって競争する。需要側では、保健医療サービスに関して消費者の情報や知識が不完全なために、消費者の購買力は購入代理人(エージェント)に集中させる。意志決定は代理人に委託され、そこでサービス水準の監督を行う。しかも購買力は金銭で表われるのではなく、購入のために配分された公的資金となる。

そのような Quasi-Markets を評価する際に、ヘルスケア評価の基準として、①質、②効率、③選択の自由、④責任、⑤公平の5つの基準と、その背景となる①市場構造、②情報、③取引費用、④動機付けの項目が挙げられる。現在、ニュージーランドの保健医療改革は移行期

にあるため、その効果については言及する段階ではないが、これらの基準にそって改革のもつ問題点を考えてみたい。

まず、市場構造に関する購入者と供給者の分離による供給者間における競争機能の導入については、各 CHE は民間病院と競争することになるが、暫定的には費用(供給量)に基づいた支払いとする契約となったため、実際の競争原理の導入は徐々になされる。さらに、大規模公立病院は独占の状態にあるため、独占的購入者 RHAs の存在とともに、実際に供給側に競争を作っていくかが基本的な問題である。一方、私立病院、民間開業医も診療報酬支払方式に関して、新システムを受け入れるかという点もある。

RHAs の財源が総枠予算方式に変更されたことで、費用抑制のインセンティブが働くことになるが、経営リスクを供給側に転化させやすくなる。その場合、私的医療機関に対して現行の出来高払いからイギリスで採用されたブロック契約に変更する可能性もある。そうになると、私的医療機関もリスクを回避するために、費用のかかる患者を避けるクリームスキミングが生じたり、団体を形成して RHA との団体契約をする可能性もある。こうなると2者の独占的契約となるため、ここでも競争機能の低下が問題となる。

公平の基準に関して、需要側においては、ニュージーランドのみが所得と明確に関連させた自己負担制度を導入した。これは選別的保障によって、垂直的公平を図りつつ価格機能を活用するものであるが、高所得層の民間保険加入の増大を招くという問題がある。さらに、質の維持、質に関する情報・取引費用、動機付け(RHAs が消費者の代理人として行動する誘引)という

基準に対する政策として、保健医療サービスのコア基準が世界に先駆けて導入された。この導入については、RHAsが消費者の代理人として、充分で最低限のヘルスケアの提供を保障するインセンティブを持つかという基本的な問題とともに、医師がコアサービス内に入るように診断を操作する点や、民間保険加入の増大を誘い不公平が増大するという問題がある。加えて、このような質の維持、その情報管理等に関わる管理・行政費用の増大が生じるという費用上昇要因の問題もある。

選択の自由の基準については、改革後、医療機関の受診の選択はRHAsが契約する医療機関内になるとともに、RHAsと契約しない機関の受診は患者負担となるため、選択の幅は縮小する。しかし、将来HCPsが設立されれば、選択の幅が拡大する。

ニュージーランド医療改革はイギリスの改革よりも、①購入主体の役割が明確である、②サービスごとの予算配分のイギリスに対して、財源が統合・単一化された、③コアサービス基準が導入された点で、さらに新しい部分をもっている。と同時に、以上の検討からさまざまな問題点も内包していることがわかる。この改革は先進国で1つの共通の方向としてみられる、保健医療市場に競争原理を導入するものであるということから、どのような効果をもち、どのような問題が生じてくるのかが今後注目される。

注

- 1) ニュージーランドでは1930年代以降、労働党と国民党の2大政権となっている。議会は1院制で、3年ごとに選挙が実施される。
- 2) 日本においてニュージーランド医療保障に関する研究も少ない。先行研究の中で、比較的新しいものとしては、玉野井(1989)、健康保険

- 組合連合会(1984)、山崎(1977)等である。
- 3) 1935年社会保障法が導入される以前、1880年代に包括的な社会保険制度の提案がなされたが実現しなかった。その後同法導入時にも、社会保険方式が病院委員会と医師会から提案されたが、結局実現せずに、一般租税を財源とする現在の体系が形成された。
 - 4) 民間ボランティア団体は、ブランケット協会、エイジコンサーンカンタベリー、児童キャンプ委員会、ニュージーランド精神薄弱者協会等、多様である
 - 5) 公的部門については、The State Sector Act(1988)、The Public Finance Act(1989)の成立によって、中央政府の行政管理縮小が実施された。
 - 6) 当初の3段階の分類は、1993年7月1日から2分類に変更され、グループ2はグループ1と統合されて、グループ1と同水準の医療給付が支給されることになった。
 - 7) イギリスのNHS保健医療改革について、1990年代以降Quasi-Markets理論から、研究が蓄積されている。Glennerster & Le Grand(1994)、Le Grand, Propper & Robinson(1992)、Robinson & Le Grand(1994)、Le Grand & Bartlett(1993)、池上(1987)、中泉(1993)を参照のこと。

参考文献

- Blank R.H. (1994), *New Zealand Health Policy : A Comparative Study*, Oxford University Press, Auckland
- Department of Social Welfare (1991), "Worldview New Zealand: Reshaping the Welfare State", *International Social Security Review* Vol. 44, pp. 84-90, 1991. 3
- Department of Statistics (1985-1994 ed.), *New Zealand Official Yearbook*, Government Printer, Wellington
- Glennerster H. and Le Grand J. (1994), "The Development of Quasi-Markets in Welfare Provision" (Discussion Paper), London School of Economics, London
- Herman A.B. (1994), *Welfare State to Welfare Society : Restructuring New Zealand's*

- social services*, Garland Publishing, New York & London
- Hofmaeyer U.K. and McCaathy T.R. (eds.) (1994), *Financing Health Care* Vol.1-2, Kluwer Academic Publishers, Netherlands
- Le Grand J. and Bartlett W. (1993), *Quasi-Markets and Social Policy*, The Macmillan Press, London
- Le Grand J., Propper C. and Robinson R. (1992), *The Economics of Social Problems*, The Macmillan Press, London
- Massey P. (1995), *New Zealand : Market Liberalization in a Developed Economy*, St. Martin's Press, London
- National Advisory Committee and Core Health and Disability Support Services (1994), *Core Services for 1995/96*, Wellington
- O'Brien Mike (1993), *New Wine in Old Bottles : Social Security in New Zealand 1984-1990*: Social Policy Reserch Centre Reports and Proceedings No. 108, University of New South Wales, Kensington
- OECD (1993), *Health Policy Studies* No. 3: *OECD Health Systems* Vol.1-2, OECD, Paris
- OECD (1994), *The Reform of Health Care System : A Review of Seventeen OECD Countries*, OECD, Paris
- Rees S. and Rodley G. (eds.) (1993), *Beyond the Market : Alternatives to Economic Rationalism*, Pluto Press, Australia
- Robinson R. and Le Grand J. (1994), *Evaluating the NHS Reforms*, King's Fund Institute, New Jersey
- イーストン・ブライアン著, 唯是康彦・四郎丸文枝訳 (1986), 『ニュージーランドの社会保障』, ニュージーランド調査委員会
- 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
- 一圓光彌 (1993), 『自ら築く福祉』, 大蔵省印刷局
- 大友信勝 (1992), 「ニュージーランドの社会福祉」, 『総合社会福祉研究』 No. 4, 1992. 4 pp. 106-115
- 檜原朗 (1994), 「ニュージーランド福祉国家の後退」, 『週刊社会保障』 No. 1792, 1994. 6. 6, pp. 22-25
- 片岡直 (1988), 「ニュージーランドの社会保障」, 『海外社会保障情報』 No. 82, 1988 March, pp. 65-77
- カレン・スミス (ニュージーランド民間福祉団体連盟会長) (1994), 「ニュージーランドにおける民間社会福祉活動の現況と課題」, 『世界の福祉』 No. 36, 1995. 7, pp. 23-36
- キャッスルズ・フランシス・G 著, 埋橋孝文他訳 (1991), 『オーストラリア・ニュージーランド福祉国家論』, 啓文社
- 健康保険組合連合会 (1984), 『オーストラリア・ニュージーランドの医療保障制度の現状と動向』, 健康保険組合連合会
- 小松隆二 (1988), 「ニュージーランドの社会福祉—最近の動向の教えるもの—」, 『海外社会保障情報』 No. 82, 1988 March, pp. 55-64
- 小松隆二 (1994), 「ニュージーランドの社会福祉 ①-③」, 『月刊福祉』, 1994. 1-3, pp. 92-94, 86-89, 90-95
- 地引嘉博 (1991), 『現代ニュージーランド (増補版)』, サイマル出版会
- 世界経済情報サービス(株) (1993, 94), 『ニュージーランド 政治・経済・貿易動向』, WEIS, 1993. 11, 1994. 10
- 玉野井真介 (1989), 「オーストラリア・ニュージーランドの医療保険制度」, 『生命保険経営』 Vol. 57 No. 5, pp. 81-98
- 中泉真樹 (1993), 「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」 『海外社会保障情報』 No. 104, 1993 Autumn, pp. 55-77
- 成清美治 (1994), 「ニュージーランドの社会福祉事情—高齢者福祉サービスの実態を見るなかで」, 『総合社会福祉研究』 No. 7, 1994. 9, pp. 105-119
- 藤井浩司 (1991), 「ニュージーランドにおける社会福祉政策過程のフレームワーク」, 『東北福祉大学紀要』 No. 15, pp. 47-61
- 山崎泰彦 (1977), 「ニュージーランドの医療保障」, 『国際社会保障研究』 No. 21, 1977. 11, pp. 3-16

横浜市都市科学研究室(小松隆二編著)(1987),
『ニュージーランドの社会福祉政策』, 横浜
市都市科学研究室
ラッフェル・W. マーシャル編(二宮陸雄監訳)

(1990),『先進14カ国の医療システム』, 毎日
新聞社
(にしむら・まりこ 社会保障研究所研究員)