

相対取引のモデルである代理人理論は、PrincipalとAgentの間に情報の非対称がある場合には、Agent側にモラルハザードが起こる可能性があるという²⁰⁾。医療は提供者と消費者間の情報の非対称性が大きい例は希であるから、医療提供者側にモラルハザードが起こる可能性はさきわめて大きいということになる。

現在のわが国のように、項目別出来高払いの支払い方式の下では、サービス項目を増やす方向へインセンティブが働くため、需要が誘発される、あるいはニード論から言えば過剰な診療を引き起こす危険がある。それはとりもなおさず医療の質を悪くする危険性があるということである。したがって、モラルハザードを防止するのは、医の倫理しかない状況である²¹⁾。

OECDのHealth Dataで見ると、わが国の医療消費量指数が各国と比較して一貫して高いのは、項目別出来高払いの支払いのためである。

また、著者らによるわが国における医療費の地域差の研究によれば、その差はさきわめて大きいばかりでなく(府川哲夫, 2001)²²⁾、その大きな要因は、倫理的に許される範囲の需要の誘発であることはほぼ間違いないであろう(郡司篤見, 1998)²³⁾。必要がない医療が行われるとしたら、医療の質の観点からも由々しきことである。

代理人理論は、Agentのモラルハザードを防止する方法は、第三者が評価するか、incentive constraintを設けるしかないという。現在OECD諸国において行われている医療の質を確保するための直接的な対策も、この第三者評価とincentive constraintの設定の2種類に分類される。

医療の提供システムには多様な政府の介入が行われているが、それらは直接関係者のインセンティブに触れることにより、医療の質に影響することになる。したがって、医療の質の問題は医療提供者個人や組織の倫理や責任というだけでなく、政策決定者の責任でもあるという認識が重要である。

項目別出来高払いの下では、ケア提供者が軽症よりも重症の患者を選択する方向へインセンティブが働く。したがって、医療の質向上に対しては逆のインセンティブとなることが項目別出来高払いの大きな問題点の1つである(飯島佐知子, 1998)²⁴⁾。また、逆に包括払いにすると、やり方によっては、サービスが過小になる方向へインセンティブがかかる。いずれにしても、医療の質に直結する政策であるので、「医療提供者に対する経済的なインセンティブは、適正な(appropriate)医療に向けて作用していない」という指摘は正しい²⁵⁾。

医師が被雇用者である場合にはインセンティブは直接かからないかもしれないが、経営努力を奨励される場合には、たとえ月給制の医師にも影響は及ぶであろうし、中小の私的医療施設が大多数を占めるわが国ではその影響は大きいであろう。

ケアのシステムは、急性期から慢性期の疾患まで、さらに生活の支援までと、多様な種類や段階があり、包括的であることが必要である。すなわち、それぞれの施設で受けるケアはチームレスであることが理想だが、現実のケアの施設や組織は分断されている。このような状況下では、ケアの受け手は健康状態が変化するに伴い、施設間を移動せざるを得なくなり、そのつど多くの問題やロス²⁶⁾を生ずることになる。このような事態は単に効率の問題だけでなく、質の問題も伴っている。

近年の効率を向上させるための市場あるいは標準市場の競争を促進する政策は、ケアの提供者や組織をますます分断し、それらの間の協調を困難にする方向に作用する。すなわち、効率と質に係わる諸要因との間にtrade-offの関係があることを認識する必要がある。

4. 医療費の抑制と質

OECD各国において医療費のGDPに対する割合は、過去において一貫して伸び続けて来たし、

現在も伸び続けている。他の経済との関係で、将来ともこのまま推移できるはずはないことは自明である。しかし、いまだに自由主義経済の国で、その高騰の制御に成功したと思われる国はない。

社会主義が崩壊し、いわゆるグローバリゼーションが急速に進行しつつある。それに伴い国際経済競争が激化し、各国は社会の効率化を求められていく。医療、福祉などの社会保障も例外ではなく、その後各国に誕生した新自由主義政策は、医療・福祉の領域にも市場化を導入した。

経済成長の鈍化の中で、各国ともこの公的制度の維持がますます困難になっている。そのため近年、各国は医療費の抑制に力を入れている。

医療費の抑制と医療の質の関係は、必ずしもはっきりしない。また、それらの関係を直接議論した文献も多くはない。しかし、医療費の過度の抑制は、直接医療の質を低下させるだけではなく、長期的には医療従事者の質やモラルの低下など、交絡要因が複雑に絡み合っただけで悪い結果をもたらす²⁷⁾。

各国は医療の質を確保するための政策を模索しているが、交絡する要因が多いということは、その政策が極めて総合的でなければならぬことを意味するであろう。

イギリスは、先進工業国の中では例外的に医療費の少ない国であったが、それは医療が国営であり、医療費を厳しく抑制してきたためであり、それにより医療の質が低下したとされている(近藤克則, 2004)²⁸⁾。Blair氏は政権につくや、医療への大規模な投資と、医療の質の向上を政策の重要な柱とする白書を公表した²⁹⁾。

5. 医療技術の評価

医療技術の過剰、あるいは過小な適用を議論する以前に、個々の技術の有効性と安全性の評価が重要である。薬剤など、医療の個別技術の評価は国際的なハーモナイゼーションも進んでいる。世界12箇所にあるCochrane Centerを中心にした活動

もあり、EBMのインフラとして機能しつつある。

医療提供者は、苦悩する患者を目の前にすると、常に何か(something)をしてあげたいと思うが、それがしばしば何でも(anything)してあげることにつながるがちである(Silverman, W. A., 1998)³⁰⁾。そのような事態に対する反省として近年は証拠に基づいて医療を行うべきである主張がなされるようになっていった。いわゆるEBM: Evidence Based Medicineという考え方である。

さらに、近年は費用をも重視すべきであるという考えから、Value for moneyという言葉が用いられるようになった。厳密には、医療技術に複数の代替的な技術がある場合には、その費用と効果についての比較を重視すべきである、という考え方である。費用との対比で技術を評価する手法は、費用分析、費用対効果、費用対便益分析などと呼ばれるものがあり、学術研究として関心を集めている。その進歩と現状については優れた成書³¹⁾があるので、それに譲るとしたい。

費用対効果分析の1つに、費用対効用分析(Cost Utility Analysis)がある。これは患者が感じる効用で医療技術を評価しようとするものであり、原理的に興味深い分析手法ではあるが、その測定方法に難があり、残念ながら実用には程遠い段階である。

6. 第三者による評価

医療の質を第三者が評価しようとする活動はアメリカで始まった(J. S. Roberts et al, 1987)³²⁾。歴史的には1910年のFlexner Reportに触発された外科医E. Codmanが外科診療の質の評価を手術の速隔成績で行うべきだと主張した。しかし、その主張は医療界に受け入れられず、End Result Systemとしてその名前だけが残った。その後運動は消えることなく、1951年、医療関係団体によって、病院の第三者評価機構であるJCAH (Joint Commission on Accreditation of Hospitals)が組織

は激化し、民間保険はHMOに対抗するために、医師の行動にも介入せざるを得なくなってきた。いわゆる managed care と呼ばれるものである。また、それに対抗して、HMOの営利法人化が進んでおり、アメリカの managed competition は極めて競争的なものになった。

managed care の事業者は、自主的な第三者機関である NCQA: National Committee for Quality Assurance を組織して、各事業者の提供するサービスの質、接近性、満足度などの調査を行い、そのデータを公表している⁴⁷⁾。

競争激化の結果、保険料の伸び率は物価指数を下回るまでになった⁴⁸⁾。しかし、市場競争による効率化と平等は trade-off 関係にあり、アメリカの多くの国民はいまだに健康保険を持っていないか、十分にカバーされていない。すなわち、アメリカの managed competition は極めて競争的であり、そのため平等が犠牲にされている。

医療サービスの質に関しては多くの文献があるが、総じて言えばHMOは、費用は安いサービスが、質についてはかなりの不満があり、一方民間の保険企業が組織するPPOなどのサービスは、費用は高いが満足度は高いようである⁴⁹⁾。

2. イギリスの事例

イギリスの Thatcher 政権は社会制度全般にわたるラジカルな改革を行い、その改革は福祉、医療にも及んだ。その基本的な思想は新自由主義であった。従来の NHS が専門家に対する全面的な信頼を前提としていたが、その結果は待ち行列に象徴される病院の非効率であり、スキャンダルによる専門医に対する信頼の喪失であった。

Thatcher 氏は Enthoven の managed competition を導入すべきの助言を受けたが、具体的な政策ははるかにドラステックなものになった。すなわち、病院の Trust 化と GP Fund-holder (以下、GPPH) の間にいわゆる内部市場を創設した。

しかし、Thatcher 政権が崩壊したために、この改革は明確な評価が得られる前に⁵⁰⁾、第三の道を主張する Blair 政権に移行した。Blair 政権は、内部市場と GPFH は NHS に不平等を持ち込んだとして批判しており、マニフェストで公約していたとおり、それらを廃止した。しかし、提供者と購入者の分離は残した。さらに、それまで手上げ制度であった GPFH に代えて、強制加入の Primary Care Trust (以下、PCT) なる組織を創設し、医療と福祉組織の財源を統合し、保健、医療、福祉のシームレスなケアを提供すべく、PCリートの制度改革に取り組んでいる。

具体的には、ケースミックスの診療報酬を公定価格とし、PCT と Trust は価格の交渉はせずに、設定された目標を達成するための量的な協議をし、3年間の合意をとり決める。

量的拡大に対処するため、GDP に占める医療費の割合を、ヨーロッパの平均値まで上げることとし、これまでにない飛躍的な投資をしようとしている。また、医療・福祉サービスの質向上を大きな政策の柱として取り組んでいる。その中には医師や看護婦をはじめとじて、スタッフの増員と処遇の改善を含んでいる。これはスタッフのモラールを高め、長期的には医療の質の改善に貢献するであろう。

しかし、経済支払い制度には必ずしも直接的な質と効率の向上に対するインセンティブは組み込まれていない。その代わり、量的目標を定めて、その達成度を評価する。質については主要な疾患についてのガイドラインを定めてその進捗状況を第三者機関が評価するシステムを設けている。そして、平等を貫くために、いまだに医療サービスは無料としている (DOH, 1998)⁵¹⁾。したがって、イギリスの改革はアメリカと反対の極にあるもう一つの典型である。

Blair 政権は NHS の改革においては質の改善に特別な力を入れている。その骨子は以下の様である (DOH, 1998, 2002, 2002)⁵²⁾ 53) 54)。

- (1) 政府が主なる疾患の診療のガイドラインを整備する。医療技術評価のために NICE (National Institute of Clinical Excellence) を組織して、診療の標準を明確にする。
- (2) 各医療組織には臨床の質の管理責任者を置く。
- (3) NHS Performance Assessment Framework を定めて、それに従って地域の第三者評価機関 (Commission for Health Improvement) を設けて評価を行う。また、国全体の患者調査を行う。
- (4) 前保守政権は GPFH による Trust からのサービス購入に関するモニターを行ってきたが、現政権はそれでは視点が狭すぎるので、おおよそであっても包括的な評価をしようとして、次の6側面をバランスよく評価しようとしている。

- ・健康水準の改善、(例: Premature death)
- ・公正なアクセス、
- ・有効な医療の提供、
- ・効率(例: 在院日数、日帰り手術の割合、疾病単価、労働生産性、管理費、資本効率性など)、
- ・患者/提供者の経験、新たな患者調査、新たな NHS 憲章の制定、
- ・健康アウトカム(例: 感染症の発生率のトレンド)。

医療施設と福祉施設、PCT など、それぞれに評価項目が定められているが、多くの項目は、国が定めた計画のフレームにもとづき、それぞれが定めた目標値とその達成率をモニタリングするものである。ただし、地方ごとに推進速度には自由度を認めている。

この評価の計画は2001年からはじまり、2003年6月までに、すべての Trust と PCT の評価を一巡した。次は2003年から3年間の予定だが、さらに次の計画周期は2004年の秋から始まり、2005年～2008年までをカバーする。

目標の達成状況については、独立の評価機関

である the Commission for Health Improvement が評価を実施してきた。この組織は2002年の白書 Delivering the NHS Plan: next steps on investment; next steps on reform (Secretary of State for Health, 2002)⁵⁵⁾ にもとづいて設立されたが、NHS だけでなく民間の医療の質をも監視するために、既存の4つの監視機構を統一して、2004年4月に、the Commission for Health Audit and Inspection (CHAI) に改変された。法的には、2003年の the Health and Social Care (Community Health and Standards) Act⁵⁶⁾ で制定され、2004年の4月から活動することになった。

福祉サービスの質に関しては、同法によって、The Commission for Social Care Inspection (CSCI) が標準に照らして、公私にかかわらず、情報を取り公開する。同じく、2004年から以下のような活動をしている。

- ・福祉サービス提供者の達成度と質の評価
- ・地方自治体の達成度評価
- ・政府によって設定された基準に照らして、介入者と提供者の評価 (appropriateness, responsiveness, equity, efficiency, effectiveness)
- ・福祉事業者の登録、情報公開、改善の指示
- ・政府や政策立案者に対する、政策の効果についての情報のフィードバック

公開性、透明性を重視し、その活動には利用者を含める。政府と議会に対して報告書を提出する。また、CHAI, Modernisation Agency など⁵⁷⁾ と密接に協働する。評価は4段階で行われ、各組織の評価結果はインターネット上に公開されている⁵⁸⁾。

PCT と Trust が合議して協働の目標を定め、必要な資源を動員する計画がどれだけ効率的に行われるかの評価については、量的拡大の影響が入ってくるので、まだ明らかになってはいない。

第三の道の制度改革は、市場の力に頼らず、インセンティブを管理して、しかも無料で良質のケアを効率的に提供しようという努力である。そのた

め、政府の介入は多岐にわたり、制度としては複雑にならざるを得ない。インセンティブの設定も、個人の功利的なものよりも、'blame and shame' といわれる負のインセンティブになりがちであり、そのような監視と管理がどのような結果をもたらすかはまだ明らかにはなっていない。

V 結語：わが国の医療制度改革への含意

薬剤や機器などの医療技術の効能と安全性についての評価は従来から行われてきたが、QOLや費用との関係での評価はまだ十分に行われる体制にはなっていない。

施設におけるサービスの質については、「医療の質に関する研究会」による長年の努力の結果をもとに、1995年、わが国にも医療の質の第三者評価組織ができたが、その評価は構造的な評価にとどまっている。

一方、同研究会のイニシアティブにより、わが国においてもバスマ法が発展普及し、医療内容の標準化の努力が進みつつあるが、バスマ法の限界も明らかである。

患者と医療提供者間の市場はそのままでは失敗するので、市場化や規制緩和をすれば医療の質と効率が向上するという単純なものではない。わが国のいわゆるフリーアクセスという医療制度は、その市場が機能して質と効率が向上するという前提でつくられている。その市場は実際には、項目別出来高払い制度の下での非価格競争によって、医療への過剰な投資と医療費の高騰の悪循環を促進してきた⁵⁹⁾。

項目別出来高払いは、医療の質向上に対しては逆のインセンティブとなり、医療の質を向上させるシステムは、OECD 各国と同様に、わが国においても存在しなかった。

さらに、項目別の単価抑制による医療費抑制策は、医療のサービスの消費を増やし、コストイン

フレージョンをもたらし、施設に対して支払った医療費の多くが、資源の購入のために支出されて施設には残らず、人的資源が確保できないという状況をもたれている。わが国の医療従事者は忙しさに追われ、事故の恐怖につきまたとわれている。

情報システムの発達により、診療情報は容易に集計することができるようになり、それらの情報は開示することが要求されるようになるだろう。その圧力が現実には医療を変えよう力となっていくものと思われる。

わが国のフリーアクセスによる市場においては診療所も大病院も同列で競争状態にある。この施設間の競争は、本来は協調すべき施設間を分断してきたし、その対立は感情的なものにまでなっている。高齢化が進み、疾病構造が慢性疾患化し、施設間の協調が重要になった現在、これは由々しき問題である。

患者の立場から見ると、人は病めば不安を感じ、いざというときの施設に行ったらよいかかわらない。不安に対処する方法は、信頼できる誰かが責任を持っていてくれることである。わが国の医療には患者側に立つて相談のつてくれるエージェントがいない。このエージェント機能はプライマリ・ケアの重要な機能の一つである。わが国はプライマリ・ケアのシステムが混乱している。その意味でUKのPCTの組織は極めて注目している⁶⁰⁾。

現在、わが国でPCを提供するための最も適格性⁶¹⁾を持つ存在は民間の中小病院である。このような医療施設が福祉機能をもち合わせてコングロメリット化する形が考えられ、また現実に行っているが(二木立, 1998)⁶²⁾、その得失を十分研究する必要がある。

- 注
- 1) 保健は、わが国では公衆衛生と言いつけられている。しかし、Winslowの古典的な公衆衛生の定義は、健康増進、予防、医療を含んでいる。そして、公衆衛生は行政サービスとして行われるべきものであると考えられてきていることもあり、医療は公衆衛生から分離して考えている。そこで、健康増進と予防を保健と呼ぶ。
 - 2) OECD. 2004. *Towards High-Performing Health Systems*, pp.23-4.
 - 3) 前者をEfficacy, 後者をEffectivenessと呼んでいる。Efficacyは、その技術の普及、ケアの受け手のコンプライアンスなどによって大きく減少する。
 - 4) 郡司篤男：我が国における「ヘルス・プロモーション憲章」の妥当性。民族衛生, 61(付録), 24-26, 1995.
 - 5) Ottawa Charter for Health Promotion, 1986.
 - 6) 健康づくり事業財団のHRA: Health Risk Appraisalの結果は、喫煙によってどのくらい寿命が短縮するかを示すので説得的である。
 - 7) 軽症高血圧に対してβ遮断剤を投与しても、喫煙をすれば、脳卒中や虚血性心疾患の予防効果は失われる。

- 8) OECD. 2004. Op. cit., pp.23-24.
- 9) R. Strum. 2002. The Effects of Obesity, Smoking, and Drinking on Medical Problems and Costs, *Health Affairs*, 21(2):245-253.
- 10) 生活活動と健康の関係については、郡司篤男ら編著(1998)「身体活動・不活動の健康影響」第一出版を参照。
- 11) OECD. 2004. Op. cit., pp.23-24.
- 12) 1987年、Health Promotionの考え方に基づき、「健康づくりのための運動所要量」が定められ、健康づくりのための運動指導者の養成、健康増進施設認定制度が発足した。その後、健康づくりのための休業指針、健康文化都市推進事業、などが行われている。
- 13) 例えば、Institute of Medicineは「期待する健康状態をもたらし可能性を増大し、最新の専門知識に合致したサービス (quality consists of the "degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge.")」Institute of Medicine. 1990. Medicare: a strategy for quality assurance. Washington, D. C., National Academy Press.
- 14) 効用を実際に測定しようという研究活動が行われている。また、その効用の期待値をもとに合理的な意思決定ができるという研究(Clinical Decision Making)が行われているが、実際の測定が極めて困難なため、技術として普及するにはいたっていない。

- 15) OECD. 2004. Op. cit., pp.27-28.
- 16) OECD. 2004. Op. cit., p.28.
- 17) Institute of Medicine. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* National Academy Press.
- 18) 平等と効率はtrade-offの関係があり、USAは効率を重視し競争的な制度となっており、イギリスは平等を重視し今でも無料の医療サービスを継続しようとしている。日本はその間にあるが、自己負担を抑やしつつあるのだから、次第にアメリカよりなりつつあるといふことになる。
- 19) 青木研(2001)「第10章患者の行動による地域差」地域差研究会(2001)「医療費の地域差」東洋経済新報社。
- 20) 加えてrisk averseであることも条件である。
- 21) 項目別出来高払いには、そのほかにも重症指向、患者を他の施設に紹介しない方向へインセンティブが作用するなど、多くの欠点がある。しかし、丸めや包括払いの場合には、サービスの過小になる可能性がある。支払制度のまとめは、郡司篤男(1998)「医療システム研究ノート」第13章医療費支払い制度と医療制度改革」九章プラネット。
- 22) 老人1人当たりの医療費は、平均値で2倍以上、疫たきり者では8倍もの地域差が存在する。疾病ごと単独に地域差がないとする、この差はほとんど消えてしまう。府川哲夫(2001)「第5章傷病と医療費の地域差」地域差研究会(2001)前掲書。
- 23) 郡司篤男(1998)前掲書、第5章を参照。
- 24) 消化器がんの手術は現在赤字傾向であるが、術後感染を起すことと赤字幅が小さくなる、飯島佐知子(1998)「術後感染が病院の収入および原価に与える影響：胃がん・大腸がん症例を対象として」病院管理 35(3): 165-167.
- 25) OECD. 2004. Op. cit., p.28.
- 26) 電気回路でインピーダンスの異なる2つの回路の接点ではエネルギーの損失(いわゆる「interface loss」)が生ずるが、異なる組織の間でも同様に種々のインターフェイス損失が生ずる。
- 27) OECD. 2004. Op. cit., p.91.
- 28) 近藤克則(2004)「医療費抑制の時代を超えて：イギリスの医療・福祉改革」医学書院。
- 29) Secretary of State for Health. 1997. *The New NHS: Modern, dependable* (Cm 3807), HMO: Department of Health. 1998. *Working Together: securing a quality workforce for the NHS*, The Stationery Office.
- 30) Silverman, W. A., 1998. *Where's the Evidence?* Debates in Modern Medicine, Oxford Medical Publications, pp.1-7.
- 31) Drummond, M. F., B. O'Brien, G. L. Stoddart and G. W. Torrance 1997. *Methods for the Economic Evaluation of*

- Health Care Programmes (2nd Edition), Oxford Medical Publications.
- 32) J.S.Roberts, J. G. Coal and R. R. Redman: A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals, JAMA, 258(7):936-940, 1987.
- 33) Berwick, D. M. Continuous Improvement as an Ideal in Health Care, *NEJM* 320: 53-56, 1985.
- 34) 中野夕香里 (1993), Clinical Indicatorの開発に関する研究, 東京大学医学部, 博士論文.
- 35) バス法に関する文献は多数出版されているが, 質研の研究会まとめは, 医療の質に関する研究会, 「バス法の理論と経緯の交流」(1997)と医療の質に関する研究会, 「バス法: その原理と導入・評価の実例」(2000)があり, 「path」は小道であるので, 「critical path」という名称は印象がよくない. そのため色々呼び名で呼ばれているが, 著者らは「バス法」と呼ぶことがよいと主張している.
- 37) Spath, P. L. (ed). 1994. *Clinical Paths: Tools for Outcomes Management*, American Hospital Publishing, Inc.
- 38) 医療の質に関する研究会, 前掲書.
- 39) NPO医療の質に関する研究会 (2004.3.20) 設立記念シンポジウム「患者と協働する医療を築く: 安全の向上を目指して」聖路加看護大学講堂.
- 40) American Medical Association, *Medical Literacy*, Institute of Medicine, 2004.
- 41) 中島和江, 児玉安司 (2000) 「ヘルスケア・リスクマネージメント」医学書院, p.4 は Harvard Study のレビューをよくまとめている.
- 42) 医療安全対策検討会議 (2002.4.17) 「医療安全推進総合対策」(例えば, 医療安全ハンドブック編集委員会 2002 「医療安全管理の進め方」メヂカルフレンド社, p.59) 郡司篤晃 2001 「医療システム研究ノート」丸善ブライネット 郡司篤晃 2001 「医療システム研究ノート」丸善ブライネット 郡司篤晃 2001, 2002, 2003 「イギリスの医療制度改革における Primary Care Group の意義と課題」社会保険事務研究協会, 2001, 2002, 2003 年報告書
- 43) 人々が進んで予防のために AMHTS を受けることが期待されたが, 現実にはそうならなかった. この施設の部分だけが現実に輸入されたのが, 人間ドックの始まりである.
- 44) Enthoven, A. C. 1978. Consumer-choice health plan: Inflation and inequity in health care today: Alternatives for cost control and an analysis of proposals or national health insurance. *New England Journal of Medicine* 298(12): 650-658.
- Enthoven, A. C. 1988. *Theory and practice of managed competition in health care financing*. North-Holland.
- Enthoven, A. C. 1993. The history and principles of managed competition. *Health Affairs* 12: 24-48.
- HMO: Department of Health. 1998. Working Together: securing a quality workforce for the NHS. The Stationary Office. <http://www.performance.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/>
- Institute of Medicine. 1990. *Medicare: a strategy for quality assurance*. Washington, D. C., National Academy Press.
- Institute of Medicine. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academy Press.
- Le Grand, J. 2003. *Motivation, Agency, and Public Policy*. Of Knight & Knaves, Pawns & Queens, Oxford.
- Le Grand, J., Nicholas Mays and Jo-Ann Mulligan (Ed), 1998. *Learning from the NHS Internal Market: A review of the evidence*, King's Fund Publishing.
- NPO 医療の質に関する研究会 (2004.3.20) 設立記念シンポジウム「患者と協働する医療を築く: 安全の向上を目指して」聖路加看護大学講堂
- Ottawa Charter for Health Promotion, 1986.
- Roberts, J. S., J. G. Coal and R. R. Redman: A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals, JAMA, 258(7): 936-940, 1987.
- Secretary of State for Health. 1997. *The New NHS: Modern, Dependable* (Cm 3807)
- Silverman, W. A. 1998. *Where's the Evidence?*: Debates in
- 45) Julian Le Grand. 2003. *Motivation, Agency, and Public Policy*: Of Knight & Knaves, Pawns & Queens, Oxford.
- 46) アメリカの議会には議員によって多くの議案が提出されるが, その案が国家予算にどのような影響があるかは議会の Congressional Budget Office によって審査される. 当該法案がなかった場合の予算をベースラインとして, その法案が予算を増やす可能性がある場合には, その財源を明確にしなければならぬ. その原則の例外とするためには上院で 60/100 以上の賛成が必要である, というものである. Clinton 案は議会は共和党が多数であったので, その承認は期待できなかった.
- 47) <http://www.ncqa.org/about/about.htm>
- 48) 近年, また伸び率が高まっているという.
- 49) 郡司篤晃 (2001) 前掲書, pp.182-3.
- 50) Julian Le Grand, Nicholas Mays and Jo-Ann Mulligan (ed). 1998. *Learning from the NHS Internal Market: A review of the evidence*, King's Fund Publishing.
- 51) Blair 政権の医療福祉制度改革における最近の動向については, 郡司篤晃「イギリスの医療制度改革における Primary Care Group の意義と課題」社会保険事務研究協会, 2001.02.03 年報告書にまとめてある.
- 52) Department of Health. 1998. green paper *A First Class Service: Quality in the New NHS*.
- 53) Department of Health. 2002. *NHS Performance Ratings and Indicators*.
- 54) Department of Health. July 2002. *NHS Performance Ratings: A-Z Performance Ratings and Indicators*
- 55) The Secretary of State for Health. April 2002. *Delivering the NHS Plan: next steps on investment; next steps on reform*. Cm5503.
- 56) *The Health and Social Care (Community Health and Standards) Act, 2003*.
- 57) The General Social Care Council, *the Social Care Institute for Excellence* がある
- 58) <http://www.performance.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/>
- 59) 郡司篤晃 (2001) 前掲書.
- 60) UK の PCT は住民のエージェントであると同時に, 予算を預かるなど政府のエージェントであることに留意する必要がある.
- 61) ノロブライタイスの診療所では 24 時間の対応や病床機能が不十分である.
- 62) 二本立 (1998) 「保健・医療・福祉複合体: 全国調査と将来予測」医学書院
- 文献
- American Medical Association, *Medical Literacy*, Institute of Medicine, 2004.
- Modern Medicine, Oxford Medical Publications, pp.1-7.
- Spath, P. L. (ed): *Clinical Paths; Tools for Outcomes Management*, American Hospital Publishing, Inc. 1994.
- Strum, R. 2002. The Effects of Obesity, Smoking, and Drinking o Medical Problems and Costs, *Health Affairs*, 21(2): 245-253.
- The Health and Social Care (Community Health and Standards) Act, 2003.
- The Secretary of State for Health. April 2002. *Delivering the NHS Plan: next steps on investment; next steps on reform*. Cm 5503.
- 医療の質に関する研究会 1997 「バス法の理論と経緯の交流」
- 医療の質に関する研究会, バス法研究会 (代表 郡司篤晃 編集) 2000 「バス法: その原理と導入・評価の実例」へるす出版
- 医療安全対策検討会議 2002.4.17 「医療安全推進総合対策」(例えば, 医療安全ハンドブック編集委員会 2002 「医療安全管理の進め方」メヂカルフレンド社, p.59)
- 近藤克則 2004 「医療費抑制の時代を超えて: イギリスの医療 福祉改革」医学書院
- 郡司篤晃 1995 「我が国における「ヘルス・プロモーション 意識」の妥当性」民族衛生, 61 (付録), 24-26
- 郡司篤晃 1998 「医療システム研究ノート」丸善ブライネット
- 郡司篤晃 2001 「医療システム研究ノート」丸善ブライネット
- 郡司篤晃 2001, 2002, 2003 「イギリスの医療制度改革における Primary Care Group の意義と課題」社会保険事務研究協会, 2001, 2002, 2003 年報告書
- 郡司篤晃ら編著 1998 「身体活動・不活動の健康影響」第一出版
- 青木研 2001 「第 10 章患者の行動による地域差」地域差研究会 2001 「医療費の地域差」東洋経済新報社
- 中島和江, 児玉安司 2000 「ヘルスケア・リスクマネージメント」医学書院
- 中野夕香里 1995, Clinical Indicatorの開発に関する研究, 東京大学医学部, 博士論文
- 飯島佐知子 1998 「術後感染が病院の収入および原価に与える影響: 胃がん・大腸がん症例を対象として」病院管理 35(3): 165-167
- 府川哲夫 2001 「第 5 章療養と医療費の地域差」地域差研究会 2001 前掲書
- (くじ・あつあき 聖学院大学大学院教授)

イギリスのプライマリーケアに導かれた「第三の道」制度改革

郡 司 篤 晃

1. はじめに

政策研究として他国の制度を知ることの意味は二つあるだろう。それは、このようなことも出来るのだという政策の可能性を知ること、もう一つは政策の基本的な考え方を実際に適用した場合の実際の結果から考えが正しいかどうかを学びとることであろう。そして、可能なら自国の政策改善に生かすことであろう。

医療は極めて複雑なシステムであるから、その評価も多くの側面があり、かつ相互に関係するので、一面だけを見て政策全体の是非を論ずることは間違いである^①。しかし、自国の政策に対する問題意識によつて、他国に学ぼうとする視点や問題の切り出し方は影響される。

本稿では、わが国におけるプライマリーケアのシステムが欠如している現状と医療の効率^②をいかに改善すべきかという関心から、イギリス^③における医療制度改革のプライマリーケア組織と commissioning (介入) 機能に重点を置いて論ずることとしたい。

わが国の医療制度の基本的問題^④

わが国の医療制度は、昭和三九年の医療法改正以来、公的な医療施設のネットワークを断念し、患者と医療施設間に市場を設け、患者が医療施設を選択する自由を保障し、医療提供者が競争的に医療を提供することによって、医療の質と効率の向上が目指されてきた。つまり、患者と医療提供者間の市場が機能するという前提でつくられている。

しかし、医療提供者と患者の間の市場は失敗することが知られている。わが国においては、この市場は、確かに競争的ではあるが、価格を国が決定しており、本来の市場とはかけ離れたものである。

また、どのような医療サービス受けるかという具体的なサービス内容の決定、すなわちこれを経済取引と見れば、具体的な取引内容は医療施設に到達して、診療が開始されてから決まるのだから、患者が受ける医療の内容が決定するこの場面は、市場的なモデルは当てはまらず、情報の非対称がある相対取引のモデルで考えるべきである。

さらに、医療を契約という側面から見るならば、どのような診療が必要となるかは、事前には分からないのであるから、極端な不完備契約ということになる。

わが国が採用している項目別出来高払い制度は、サービス量を増やす方向へのインセンティブが強い。その結果、わが国の医療消費量の指数はOECD加盟国の中でも一貫して上位を占めてきた。このような状況下で、わが国は医療費の抑制を単価の抑制という方法に頼ってきた。しかし、単価を抑制すれば採算を取るためにはサービス量を増やすか、内部の費用軽減の方向へさらに強いインセンティブが働く。サービスを増やせば資材をより多く使うことになり、必要以上の資源を使うので真の効率は達成できない。見方を変えれば、医療施設に支払われる収入は、医療施設に残らず、資源の提供者に偏って配分されてしまう。内部の費用で最も大きいのが人件費であるから、職員は削減され、医療従事

者の労働条件は悪化の一途をたどらざるを得ない。わが国の医療費が安く効率的に見えるのは、医療従事者数が少ないからである。

また、この支払い方式は代理人がまったくリスク負担をしない方式であり、かつモラルハザードに対してインセンティブの制約がまったくない支払い方式である。わが国の医療費には膨大な地域差があるが、その差はベッド数など医療提供システムの大きさの差で大部分が説明され、医療が収支のバランスを目標収入として倫理的に許される範囲での需要誘発が広範囲に行われていることが証明できる^⑤。

原価を無視した過度の単価の抑制は、医療施設の経営の悪化を招き、生き残るための競争を激化させる。しかし、その競争は、設備投資を必ずしも抑制せず、むしろ採算分岐点までの投資を促進し、いつたん投資が行われればその採算分岐点が目標収入となつて需要を誘発するという医療費高騰の悪循環をドライブする力となるのである。

これが医療の質と効率の向上を期待して、わが国において患者と医療施設間に設けられた市場が機能してきた真の姿であり、この基本的な構造こそが、わが国の多方面にわたる医療のひずみの原因になつてきた。

近年の世界的な医療制度改革の焦点は、あるがままに放置すれば失敗する市場機構を、政府はどのように管理したらよいかに絞られているといつても過言ではない。いわゆる広い意味での Enthoven らがいう 'managed competition' という考え方である^⑥。即ち、世界の医療制度改革の基本的な考えは、広い意味での managed competition をどのようにして実現するかということであるが、具体的な制度設計には、それぞれの国の歴史的背景もあり、かなりの幅がある。その一つの典型はアメリカ型のきわめて競争的な制度であり、その反対の極に、代理人とインセンティブ管理によるイギリスの労働党の政策があるように見える。

アメリカはHMOを基本的な組織としてきわめて競争的な構造をとり、その結果、医療保険料率の上昇を抑制することには成功したが、HMO自身は不評であり、また国民皆保険は未だに実現できていない。即ち、競争による効率化と

平等の trade-off の関係という基本的な矛盾を克服できていない。

イギリスの Thatcher 改革は Enthoven らの助言を受け市場化を断行したが、NHS の伝統もあり内部市場という形を取った。第三の道を主張する Blair 政権の政策は、一見アメリカの反対の極にあるように見えるが、市場の力を活用しようとしている点など、前政権の政策の上に、それらをさらに押し進めた点が多々ある。そして、市場原理を活用しつつも原則無料の平等な医療を買ってきた。政権取得以来、医療の質と効率の確保を政策の基本とし、その方法を「プライマリーケアに導かれた医療制度改革」とうたってきた。プライマリーケアが混乱し、真の効率化の仕組みを持たないわが国にとって、は大いに研究すべき対象であろう。

現在、同政権のその制度設計のおおよそが出揃ったかにも見えるが、現在も政策変更が頻繁に行われている。また、その評価が十分行われているとはいえ、本稿も不十分な論述となることは避けられないが、今後の研究のきっかけとなることを望みたい。

2. Thatcher 政権の改革とその評価

Thatcher 政権の NHS 改革の基本的考え方

ソ連崩壊に伴いヨーロッパには多くの新自由主義の政権が誕生した。新自由主義の特徴は市場至上主義と言われている。Thatcher 政権もそのひとつであったが、その強力なリーダーシップのもとで、イギリスにおいては、多くの国営企業の民営化と市場化が推進され、社会保障も例外ではなかった。

戦後発足した NHS はほぼ完全な国営医療であったが、発足五〇年経る中で、その問題点が明らかとなり、多くの改革がなされてきた。しかし、Thatcher 新自由主義の政権の改革はきわめてラディカルであり、NHS 発足以来、最大の改革となった⁽⁷⁾⁽⁸⁾。その中心はやはり市場機構の導入であった。市場の導入に当たっては Enthoven の助言を受けたが、現実の政策は遙かにラディカルなものとなった。

一九八八年の Griffiths Report⁽⁹⁾を受けて、政府はまず政府のサービス提供と購入という役割を分離し、政府はサービスの提供から撤退し購入者に徹することとした。すなわち、国立病院を Trust 化し、予算管理権を手上げ制で GP に委譲し、その間に市場を築くという案を示し⁽¹⁰⁾、直ちに実行に移された⁽¹¹⁾。

国民に対する説明は、政府がサービス提供をやめても、政府は国民の意向を聞いてサービスを購入してあげるので、国民は従来と同様に無料のサービスを受けることができる、ということになる。この権限を委譲された GP を GP Fund-holder (予算管理医、以下 GP FH) とよんだ。

この狙いは、NHS においては、病院の医師をはじめとした医療従事者は国家公務員であり専門家であることから巨大な権限を持っており、この官僚制度はその効率と質の低下を改善しようとする改革に抵抗してきた。

新自由主義政権は、これらの権力者は患者のため、公共のためというよりも、頑固に自己中心的であるという不信感があった。従って、同政権はこの権力構造を改革するために市場の力を利用しようとしたのである⁽¹²⁾。

同政権は、病院とプライマリーケアとの間の力関係を変えただけではなく、同時に多くの力のバランスを変更した。これらの変更は福祉においても同様であった。すなわち、

- ケアの提供者から購入者へ
- 政府から民間へ⁽¹³⁾
- 中央から地方へ

- 医療から福祉へ
- 施設ケアから地域ケアへ

と権限の委譲が行われた。

G Pの報酬の約二分の一は人頭払いであり、登録の人数に応じてG Pの給与のほぼ半分が影響される。住民は、G Pを総合的に評価して登録するかどうかを決定する。したがって、個々の診療行為には経済的なバイアスがかかるわけではないが、良いサービスをする方向へ弱いインセンティブが働いている。このG P制度は国民の間に極めて評価が高く、過去そして今回の一連の改革を通して、この構造は維持された。

Thatcher改革はこの患者の代理人であるG Pに、二次医療を購入する予算執行の権限を委譲し、病院を選択する自由を保障した。そこで期待されたのは、情報の非対称をある程度解消し、市場が機能することを期待したのである。

住民とG Pの関係は従来どおりの関係であり、G P F Hと病院Trustとの間、つまり医療システムの内部に市場を築いたので、これを内部市場(Internal market)とよんだ。それと同時に、G PをG P F Hとして政府の代理人にもしたのである。

英国では内部市場は、又の名を準市場(quasi-market)と呼ばれた¹³⁾。この特徴は、

- 生産者あるいは提供者は、相互の間に客の獲得競争はあるが、利潤最大化を目的としてはいない、
- 消費者が必ずしも購入の決定者ではない、
- 非営利団体と営利団体とが競争的に存在する、などである¹⁴⁾。

福祉改革にも同様の手法が用いられた。一九八八年、Griffith reportをうけて政府は、一九九〇年にNHS and Community Care Actを制定し、改革に法的根拠を与えた。

この法律制定の目的は、①在宅ケアの促進、②ケアする人への支援、③ニーズの評価とケア管理、④混合経済、⑤責

任分担の明確化、⑥財源の効率的利用であった。

Thatcher改革の評価

Thatcher政権の医療制度改革の評価は必ずしも十分されたとはいえないが、Le Grandらの評価によれば、改革が大きかったわりには成果が乏しかった¹⁵⁾という。福祉改革についても、医療と同様に評価は必ずしも充分行われなかった¹⁶⁾。

なぜ、このようなラディカルな変革がほんの少しの変化しかもたらさなかったのかについての考察として、Le Grand¹⁷⁾らは、事態の激変と医療費の高騰を恐れた政府の制約が強すぎて、incentiveが弱められたからだ、としている点は注目に値する。即ち、Trustも利潤や借り入れによる投資を制限された。予算は、G Pの所得とは無関係で、また予算を節約しても、それを保留して自分たちのケアの改善に利用できなかった。

また、病院のSpecialistの意識は、医の倫理に支えられた専門医であり、長年国家公務員として公的サービスの提供に従事して来たというエトスがあり、市場化による競争や契約に抵抗を覚えた可能性がある。Le Grandはこの医療従事者の行動を、Knavesではなく、Knightsとして行動した可能性があると表現した¹⁸⁾。

福祉サービスを提供してきた地方自治体の職員にとっても、「直接サービスを提供する公僕としての誇りを感じずという伝統的な自治体の文化から、利用者とかケア提供者のために結果として良かったということに喜びを感じるという文化への変化を要求される」ことになかなか適応できなかったのかもしれない¹⁹⁾。

しかし、筆者としては以下の諸点が重要な点であったと思われる。

第一は医療の原価計算が技術的に困難であったことに関係する。管理目的のブロック別の原価計算は広く行われるようになりつつあるが、疾病別、さらに患者個人の原価計算は、人件費の配賦が困難なため、未だにきわめて困難であ

る。独立採算を強いられたとはいえ、NHSの病院には原価を計算する習慣もなければスタッフも存在しなかった。従って、GPFHと病院間の契約は技術的に困難をきわめた。

そのため色々な取り組みがパイロット地域で行われてきたが、実際にはブロック契約が多かったようである²⁸⁾。しかし、この方法では病院側にはコストを下げるインセンティブがかけにくい。一方、GPはできるだけ小さな契約単位を好んだ。それが小さいほど価格を決めて契約をするための労力と費用を要した。

この点は野党であった労働党からの、内部市場は取引費用 (transaction cost) が高価になりすぎ、本来患者のケアにあてるべき予算が無駄な事務に使われているという、厳しい批判にさらされた。

第二の点はいわゆる不平等が生じた点とされる点である。病院がGPFHからの紹介患者を、そうではないGPからの患者よりも優先的に早く診るといった現象が表れた。この点は労働党によってNHSに「two-tier issue」、即ち不平等をもちこんだとして批判された。

GPFHからの紹介患者を早く診るということは、専門医であり長年官僚でもあった人々が反応し行動を変容させたということであり、その他病院側の態度の変化²⁹⁾やGPからの評価が高かったことなどを考えると、必ずしも全面的に失敗だったとは言い難い。

第三は権力のバランスを変更したという問題である。NHS発足以来、病院の医師達は専門家でありまた官僚であったので、その権限は絶大なものであった。予算も国から直接NHSの機構を通して各病院に与えられた。ところが、内部市場では予算の管理はGPFHに任せられ、彼らからの患者紹介がなければ収入は得られないので、GPと病院の専門医との間で力のバランスは逆転した。したがって、政策目標はある程度達成されたということだが、権力を奪われて喜ぶものはいないであろう。

第四はエトスの問題である。市場化の背後には、本来市場における取引の当事者が利己的であるという仮定があ

る。これは医療におけるエトスと著しく矛盾する。それゆえ、医療従事者に忌み嫌われたのであろう。また、野党からは市場化が本来協力するべき人々の間に分断をもたらしたと批判された。

地方税制をめぐる対立をきっかけとして、ThatcherからMajorに首相の座を譲ることになり、一九九七年、イギリス国民は保守党のこのような改革路線ではなく、「第三の道 (The Third Way)³⁰⁾」を主張する労働党政権を選択し、社会保障改革も中断した。

3. Blair政権の改革

一九九七年、Blair氏が率いる労働党は、数十ページにわたるManifesto³¹⁾を公表し選挙戦を戦った。労働党はManifestoで、内部市場とGPFHを廃止することを公約に掲げて、選挙戦を戦い、病院関係者の殆どの票を獲得したと言われている。

労働党政府は、中道政権として前保守政権が行った改革の良い面は評価し、その上に彼等の政策を築くことを明言していたが、労働党は政権に就くや、直ちに医療、福祉制度の改革の基本方針を明らかにし、次々と実行に移した。

NHSについては、一九九七年The New NHS; modern, dependableを公表し、次のような基本方針を明確にした³²⁾。

- 内部市場は、高価であり³³⁾、医療の断片化をもたらすので廃止する。しかし、purchaser-provider splitは残す。GPFHはPCG (Primary Care Group) とするが、行く行くはより責任と説明責任が明確なTrust化して、資産を保有し、予防から長期療養、福祉まで責任を持つ組織とする。

- 医療の質に関して、特別の質評価機構 (NICE: National Centre of Clinical Excellence) を創設し、費用対効果分析などを積極的に進め、エビデンスに基づいたガイドラインを作成する。病院 Trust や PCT には臨床的質管理 (Clinical Governance) の責任者を置き、監視組織を組織して監視を強化する。

- 成果 (performance) を評価する包括的な指標を作つて、すべての関係組織をモニターし、褒章と処罰を強化する。

一九九八年包括的な支出見直しを行い、白書『Public Services for the Future: Modernisation, Reform, Accountability』を公表して、支出にリンクする公共サービスの数値目標を定めた。これを Public Service Agreements と呼んだ。

Thatcher 改革の内部市場が、専門家と官僚に対して不信感と、内部市場という Trust と PCT が互いに対峙的な構造の上につくられたのに対して、Blair 政権は、医療組織間の協働の意識を基盤として制度を築こうとしているのである。市場における競争 (competition) を協働 (cooperation)、対峙的な契約 (contract) を合意 (agreement) に、単純な購入 (purchasing) を介入 (commissioning) に言いかえた。しかし、これは政治的なレトリックで、実質的には以下に述べられるように、前政権の改革の上に、修正を加えた面が多い。その中で重要なのは次のような点である。

政策のその後の展開

投資の拡大

労働党政府は二〇〇〇年四月に公表された白書の前書きで、Blair 首相は NHS に対して歴史的な投資とコミットメントを行うことを、関係者との合意のもとに国民の前に示した³³⁾。そして同年、本格的な改革計画白書『The NHS Plan: A plan for investment, A plan for reform』を公表した。これは二〇〇〇年から以降の五年間に医療費を名目で五〇%、実質三分の一を増額するという、過去に例を見ない大きな投資計画を含んでいた。

この目標は金額だけではなく、病院数 (一〇〇施設)、病床数 (七、〇〇〇床)、One-stop Primary Care Centre (五〇〇施設、診療所 (三、〇〇〇施設)、コンサルタント (七、五〇〇人)、GP (二、〇〇〇人以上)、看護婦 (二〇、〇〇〇人)、その他のスタッフ (六、五〇〇人) など増設増員の数値目標が示されていた。

二〇〇二年四月には、過去二年間の実績を踏まえて、かなりの上方修正を行った³⁴⁾。さらに具体的なプログラム Improvement, Expansion, Reform: the Priorities and Planning Framework (PPF) 2003-2006 を発表し、二〇〇三年〜二〇〇六年に達成すべき医療だけではなく、福祉もあわせて、目標を定めた。

その結果、入院の待ち行列は確かに短縮しているようであるが、これらの数値目標等の達成状況は年報³⁵⁾に詳しいので、本稿では省略する。しかし、これらの改善には当然量的拡大が寄与しているので、効率が向上しているのかどうかは不明である点には注意する必要がある³⁶⁾。

プライマリーケアの改革

GP は NHS の職員ではなく Health Authority との契約のもとに一般医療 (General Medical Services) を提供することを職務としてきた。Personal medical Services (PMS) は新たな制度で、基本的には GP をはじめ他の医療職 (歯科医、薬剤師、保健師、Optician、Community Matrons など) が PCT との契約の下で職務を果たすという仕組みである³⁷⁾。一九九八年からパイロットが始まり、二〇〇四年四月から本格施行となった。GP の契約には NSF に示された医療内容のどこまでを実施するか、時間外の診療や、その他の労働条件などを含んでいる。

このねらいは GP によるケアの質向上と二次医療への患者紹介を減らすこと、また PCT / CT という地域レベルへの権限委譲によって包括的ケアを推進するねらいがある。

二〇〇四年三月で GP の四〇%以上が PMS 契約を結んでいる。Cash limit がある。

その他、プライマリーケアの提供組織は種々の形態が出現して、サービスのあり方は多様化が進んでいる。また、二〇〇八年までには、慢性疾患患者のケアのために、PCTに‘community matron’を配置し、‘The Expert Patients Programme’を定着させようとしているなど、新たな計画が実行に移されつつある。

PCTの組織化——医療と福祉の連携

一九九七年の計画ではPCGからPCTへの移行については今後の可能性として提示されたが、実際にはその移行は急速に進み、現在までにすべてのPCGはtrustへの移行を済ませ、五年間でNHSの動きを根本的に変えてしまった。現政権は、PCTを組織してNHS改革の機軸としていくことが正しいアプローチであるという「完全な合意が得られた」として自信を深めると同時に、今後は、医療・福祉・公衆衛生を統合する役割を担わせたいとしている。そうすると、PCTはNHS予算の七五%以上に対して権限を持つようになるだろうといわれている。

NHSと福祉(personal social service)の統合は、長年の懸案であった。例えばNHSの病院に入院していれば無料であるが、自宅に帰って福祉サービスを受けると自己負担が生じた。したがって、入院の長期化がおり、二次医療の非効率化と待ち行列が長くなる大きな要因となっていた。また、例えば在宅で入浴サービスを受ける場合に、福祉のサービスとNHSのサービスで、その負担と財源が異なるなど、さまざまな不合理が生じていた。

労働党政権は、長年の懸案であった医療と福祉の統合を、プライマリーケア組織を基礎に推進しようとしている。

まず、行政機構を改革した。国においても二大臣を統合し、一九九八年には医療と福祉の統合を促進するための課(The Joint Unit^④)を新設し、医療の地方組織(Regional Health Authority)を縮小し、情報収集などを主務とするStrategic Health Authorityに改変した。

一九九九年にHealth Care Act: Partnership Arrangementsを制定して、次の三つの仕組みを整備した。

- ① 予算をプールして医療と福祉の双方から使えるようにする。
- ② 対象に対する責任の計画化
- ③ 管理組織を統合する。

福祉(Social Service)については、一九九八年に白書^④が公表されたが、特に注目を集めたのは、long-term careに対するRoyal Commissionの報告書^④をどう扱うかであった。結局、労働党政権はそれを拒否して、PCG/ITに期待することとした。

二〇〇一年のThe Health and Social Care Actで、PCTをさらに発展させ、CT(Care Trust)を発足させることにより、医療と福祉の間のシームレスなケアを提供する体制づくりを推進した。PCTは住民に対して、支出やサービスの質向上、患者の選択の範囲拡大などについて計画を公表しなければならない。

新たに医療と福祉それぞれの審査官を任命し、審査結果を毎年議会に報告する。

入院の長期化によるbed blockingを解消するための対策はこれまでも採られてきたが、必ずしもその効果を見ることは出来なかった。しかし、福祉施設に入所できず基準以上長期に入院した場合にはその料金を福祉財源に請求するという制度改正によって効果を出しつつあるという^④。

しかし、種々の困難が残されている。即ち、福祉はLAの仕事であり、有料であり、地域差もある。一方、医療は国営であり無料であるから、この統合は政府間関係の修正となる。地理的な行政圏が医療と福祉では一致していないところが多い。

そのような多くの基本的な問題を抱えているため、急速な進展は困難であるが、少しずつ進展をみている。医療・福祉の財源の統一も、各項目別にPCTごと、さらにはCTごとに推進されている。項目としては高齢者のケアや精神疾患対策が多くなっている。

二〇〇四年の末現在で、八つのCTが組織された。また、それらの地方組織の協議会(Integrated Care Network)を設置し、それぞれの経験の交流を推進している。現在、CTの数はまだ少数にとどまるが、このPCT/CTの協議会を組織して、下からの盛り上がり期待している。

労働党政権の社会保障制度改革の中で、プライマリケア組織の再編成は最大の業績となるであろう。また、多くの研究はその点に注目している。しかし、本稿では二次医療に対するcommissioning(介入)機能とその効果について注目したい。

病院TrustからNHS Foundation Hospitalへ

二〇〇二年のDelivering the NHS Planにより、NHS下にあった病院Trustで、国が定めたパフォーマンス基準に達したTrustはNHS Foundation Hospital(以下、NHSFH)という、より広い裁量権を委譲される公益法人となることを選択できるようにした⁽⁴⁵⁾。例えば、職員に対する給与、不動産の取得や設備投資、そのための資金の借入れなどである。二〇〇四年の四月から設立申請が始まった。

これは、病院に機能向上のインセンティブを与えるとともに、'Social ownership'を地域社会に帰属させることにより、地域の他の病院Trustや地域社会と密接な関係を持たせようというねらいである。その管理組織には、住民、患者、ケア提供者、スタッフも参加できる。メンバーは、地域のニーズと期待をより反映させるため、管理者の投票権を持つ。

NHS Foundation Hospitalでは二〇〇四年からPCTと契約するが、重要な契約を変更するときには、上部機関の承認が必要である。

サービスの改善や量的拡大のために投資をすることの自由度が大きくなる。投資の資金を一定の基準の下で借りることができる。また、PFIや公的資金を利用することもできる。しかし、土地、建物、その他の不動産は担保にできないなどの制約を受ける。

医療サービス価格の国家統制——'Payment by Results'

二〇〇二年の一月に、二次医療に対する支払制度の概要を示す緑書Reforming NHS Financial Flows: Introducing payment by resultsが公表された⁽⁴⁶⁾。'payment by results'とは、ケースミックスに対する医療サービスの価格を国が定めるとのことである。つまり、これはDRGの英国版であり、HRGs(Healthcare Resource Groups)と呼んでいる。PCTはこの価格表を用いて、国から示された達成目標を達成するように、病院Trustと「協働」し、購入するサービス量(Service Level Agreement、以下SLA)を決め、三年間の「合意」をする。

主要な一部の疾患群からはじめて、複雑な経過措置を経て、二〇〇五／六年度から全ての疾患群について実施の予定であるが、PCTのための調整期間は二〇〇五—〇八年とされている⁽⁴⁶⁾。最初の適用はNHS Foundation Trustにおいて、一年早めて二〇〇四年四月から開始しているが、二〇〇八年までにはNHSの大多数が、公定価格に移行するだろうという。

価格の交渉はしないということなので、取引費用は安くなる。PCTのTrustに対する活動をcommissioning(介入)とよんでいる。

HRG casemixは頑健なものに継続的に改定されつつあり、現在version 4.0の作業に専門家委員会が取り組んでおり、今後は三年に一度改定の予定だという。

現在のところ、施設間の価格の差を認めている部分もあるが、政府による統一価格の決定の事務は進行しており、Trust間のHRGごとの疾病単価の変動係数は縮小しつつある⁽⁴⁷⁾。

購入(purchasing)は単純な概念であり、消費者がそれぞれの所得制約のもとで主権を持って市場で貨幣と財を交換する行為である。しかし、介入の概念は複雑であり、混合経済 あるいは準市場のマクロ及びミクロの管理を意味する⁽⁸⁾。

マクロの管理は、エージェントを設けたり、目標やインセンティブを設定したりして、準市場が機能するように環境を整える仕事である。イギリスにおいてはPCTに予算の執行権を与えて、二次医療の提供者からサービスを購入して、最終的には無料で良質のケアを提供できるように制度や環境を整えることである。従って、PCTは政府の代理人(double agent)として、極めて複雑なシステム全体の管理する仕事である。

ミクロの介入の定義は「ニーズと資源と現在のサービスを評価し、ニーズに対処するために資源を最も良く活用する戦略をたてる活動である(a strategic activity of assessing needs, resources and current services and developing a strategy of how to make best use of available resources to meet needs⁽⁹⁾)」。言い換えると、ニーズを調べて、できるだけ政府の目標を達成するような医療計画をたてることである。

内部市場におけるケアの契約(contract)と購入(purchase)はその中の活動の一部であったが、この場合は、ケアの売り手と買い手は対時的であった。双方とも利己的に行動することに任せるので、その原理も比較的単純であった。

新たな制度における介入は、価格は交渉せず、政府によって示された目標を達成するために、地域のケアニーズを把握し、病院Trustと話しあつて提供を受けるサービスの量だけを合意する(Service Level Agreement)。これは、厳密にやろうとすると、きわめて難しい仕事と言わざるを得ない。

Knappらによると⁽¹⁰⁾、介入とは、二次医療の購入者でもありPCの提供者でもあるPCTと、二次医療の提供者と利用者をつなぐ、以下のような多様な活動を含んでいる、としている。

- 使命の開発と合意
- 対象集団のニーズのアセスメント
- 現在あるいは潜在的な提供者と接触しながら、計画立案が必要とするサービスの場所、アセスメント、開発と刺激
- サービス内容の仕様書化
- 提供者との契約
- 契約の中に明記した公式な方法での監視活動及び非公式な活動による達成度評価
- 契約の更新と中止
- 対応できたニーズとできなかったものの情報を、それらを順序化した当初へのフィードバック

新制度における介入は三年を単位として合意に達するという新たな事務は、技術的にも組織的にも負担の大きい仕事である。現在、政府はこのような事務の専門家を養成し、PCTに配置しようとしている⁽¹¹⁾。しかし、最も重要なことはこれらの複雑な過程を動かし、サービスの質と効率を向上させる力、インセンティブがどのように作用するか、その力は十分か、ということである。

この制度は基本的に双方の協働の意識に期待している。介入の仕事もきわめて複雑で大変な仕事量であろうが、契約の本当の力は契約が詳細であることにあるのではなく、日本の自動車産業の下請けと本社の関係の‘soft contract’に見るように、‘exit power’であるとする見解⁽¹²⁾もある。そうだとすると、三年間の量的な合意を結ぶという状況は、GPFHとの契約の下におかれた状況と比べて、病院にとっては解約の恐れが少ない、はるかに安心できる状態である。

しかも、PCTが人口一〇万程度を想定すると、実質的にその診療圏に属する二次医療施設は限られてしまい、契約を解約することも現実には困難である可能性がある。

また、目標の達成度については、新たな評価機構を設けて監視していく構えである。このような「監視と辱め (blame and shame)」のインセンティブがどの程度有効なものなのかは現在ではまだ不明である。

PCTという民間組織に医療と福祉と公衆衛生という膨大な活動をまかせるというコミュニタリアニズムの「第三の道」は温かくはあるが、果たして有効で、成熟していくものなのか、きわめて興味深いものがある。

介入機能の評価のリビュウが、二〇〇四年九月に、King's FundのThe Health Foundationから出版された⁽⁵³⁾。それによれば、この介入の機能は、高度な事務機能を必要としその事務費用は高い、しかし病院の効率の向上に役立つという証拠は全くないという。

GPFHと内部市場への回帰？

二〇〇二年一月からロンドンの眼科、二〇〇三年四月から耳鼻科で患者が病院を自由に選択制にするパイロットスタディーが行われて、その後五地域に、そして二〇〇四年四月から全イングランドに拡大された。

NHS Planによれば二〇〇五年から病院の選択を全面的に自由化することされた。この病院などの選択には民間病院も含まれる。場合によっては海外の医療施設でも良い。病院などの予約が自分でできなければPCTが援助する。

昨年にはPractice Based Commissioning⁽⁵⁴⁾という新制度が発足し、二〇〇五年からはGPと患者が二次医療施設を選択することを可能にした。従って、この一連の動きは、価格は公定価格として国が定めるが、内部市場への回帰と見ることも出来る。

4. 考察とわが国への示唆

Thatcher改革によって導入された手上げ制であったGPFHは、Blair政権によってすべてのGPが加入するPCGが組織された。すでに全てのPCGはPCTに移行したという事実は成功と見てよいであろう。さらに、この組織を発展させることによつて、長年の懸案であった福祉を統合し、CTに発展させようとしている⁽⁵⁵⁾。

それに呼応して地域レベルでの研究協議の組織化が進んでおり、下からの活動も活発化している⁽⁵⁶⁾。

また、プライマリーケア提供組織が多様化している点も、市民の立場からは接近性の改善として期待されるだろう。Community matronやThe Expert Patients Programmeといった慢性疾患の管理システムにも患者の主体的な取り組みに期待し、その支援をしようとしていることなどについては、その評価が待たれるところである。

プライマリーケアの医療の質向上については、各PCTにclinical governanceの責任者を配置するなどを行ってきたが、その役割はGPから診療についての相談に応じることなどが主であったため、その影響は大きいとはいえなかった。Personal Medical ServicesはGPが自分の医療水準を契約するので、全てのGPが影響下に置かれることになる。

しかし、医療の質の評価は技術的にも困難であり、今後の研究成果等に期待せざるを得ない。

一方、不安もないわけではない。Patient Surveyの結果⁽⁵⁷⁾によると、入院の待ち行列は短くなりつつあるとしても、GP医療については一九九八年と二〇〇二年を比較すると、報告書の結論ではほぼ変化はないとしているが、実際のデータを見ると、GPに診てもらったまでの待ち時間は、二日以上が六三%から七二%と九%も増加している。希望した日に診てもらえなかったと答えた人は、三四%から三九%へ増加している。最初の電話がつかないと答えた人は三九%

から四二%へと増加している。

この原因はG Pの世代交代の時期にあたり、G Pの機能が一時的に下がっているためだという見方もあるが、もしこれが他の原因、例えば大きな組織化によるG Pの官僚化であったりすると大きな問題であろう。また、P C Tは予算の管理という面で政府のエージェントとなったが、その影響だとすると問題としてはさらに深刻だといわざるを得ない。

わが国においては診療報酬の甲表と乙表が統合化されて、制度としてのプライマリーケアは完全に消滅した。今後どうして行くかのビジョンもない。国民は常に心のどこかに、いざとなったらどうしようかという不安を抱えている。イギリスのG P制度は、問題なしとはいえないが、登録することによって責任を持つてくれる医療の窓口がある。そして、それは今後は包括的なケアの窓口になる可能性があることなど、わが国に対する重要な政策課題を示していよう。

二次医療に対する介入機能についての評価は難しい。入院の待ち行列は大きく改善されたが、それが病院の効率を向上させた結果であるかどうかは、投資の増大の影響を除外して精査しなければならない。少なくとも、King's Fundのリビューによれば、病院の行動はほとんど変化していないという。昨年、Practice Based Commissioningという新制度が発足したのは、「三年間の合意」という仕組みではインセンティブが弱すぎるという判断であろう。病院の選択が自由になれば、価格は公定価格になったとしても、まさに内部市場の方向への回帰である。

公定価格を国が決めることになり、病院側の原価計算と価格の決定や交渉の事務は回避された。しかし、地域のケアニーズを把握し、地域の諸々の資源や予算制約のもとで、目標を達成するための計画をたてるという仕事は、政府が高度な専門家を配置しても、あるいは合理的計画ではなくインクrementalに行うとしても、その事務量はきわめて膨大になるはずである。King's Fundのリビューも事務量の増加を指摘している。「買う」という単純な行為を「介入」によって計画するということは、市場経済から計画経済の方向への移行であると見ると、この成否は医療の効率化という点から見ると、きわめて重要な関心事である。この点は、イギリスの医療制度改革において、今後注目していかなければ

ならない重要な点であろう。

イギリスの医療制度改革はプライマリーケアに導かれた医療制度改革と言われている。評価の高いG P制度があつたから、その上に内部市場が導入され、P C Tによる改革へと進められてきた。しかし、組織が分かれば、効率という観点からはInterface lossは避けられない。その点ではイギリスの批判のもとに作られたアメリカの医療制度に視点が移ることになる。

わが国においては現在医療制度改革が検討されているが、規制緩和だけで医療の質と効率が改善されるわけではないことだけは銘記しておかなければならない。

5. 結論

患者―医療施設間の市場は失敗する。また、全ての医療費の項目別出来高払いはあきらめなければならない。

医療の質と効率を向上させるには、個々の医師にインセンティブをかけることが必要である。

わが国においてはプライマリーケアの組織がなく、またビジョンもない。今後医療と福祉を統合したプライマリーケア組織を模索する必要がある。

プライマリーケアの提供者は患者の「完全な代理人」であることが期待されるが、それをいかに組織するかは難しい。

イギリスの新たなプライマリーケア組織の成否は、イギリス国民の民主主義の実力が問われている。

回国において進められているプライマリーケアに導かれた医療・福祉制度改革には、わが国における医療・福祉政策の大きな課題を解く政策の可能性と、多くの政策的な諸原理を学ぶことができる。

附 論

質と組織の Performance 評価

Blair 政権は NHS の改革においては質の改善に特別な力を入れている。その骨子は以下の様である。

政府が主なる疾患の診療のガイドラインを整備する。医療の質及び費用対効果を分析するための NICE を組織して、診療の標準を明確にする。

各医療組織には臨床の質の管理責任者を置く。

NHS Performance Assessment Framework を定めて、それに従って地域の第三者評価機関を設けて評価を行う。また、国全体の患者調査を行う。

前保守政権は C P F H による Trust からのサービス購入に関するモニターを行ってきたが、現政権はそれでは視点が狭すぎるので、おおよそであっても包括的な評価をしようとして、次の六側面をバランスよく評価しようとしている。六要因とは次のとおりである。

- (1) 健康水準の改善 (例 - Premature death)、
- (2) 公正なアクセス、
- (3) 有効な医療の提供、
- (4) 効率 (例 - 在院日数、日帰り手術の割合、疾病単価、労働生産性、管理費、資本効率性など)、
- (5) 患者 / 提供者の経験、新たな患者調査、新たな NHS 憲章、
- (6) 健康アウトカム (例 - 感染症の発生率のトレンド)。

医療と福祉、PCT など、それぞれに評価項目が定められているが、それらの多くは、計画のフレームワークと、国の目標とその達成率をモニタリングするものである。これは地方ごとに推進速度の自由度を認めている。また、国の目標以外はモニターの頻度等は低くても良い。

この評価の計画は二〇〇一年からはじめ、二〇〇三年六月までに、すべての Trust と PCT の評価を一巡した。次は二〇〇三年から三年間の予定だが、さらに次の計画周期は二〇〇四年の秋から始まり、二〇〇五年～二〇〇八年までをカバーする。

評価組織と評価結果

The Commissioning for Healthcare Audit and Inspection (CHAI)

NHS の評価は、二〇〇二年の白書 Delivering the NHS Plan: next steps on investment; next steps on reform⁽⁶²⁾ によって設立された独立の評価機関である the Commission for Health Improvement が実施してきた。この組織は、NHS だけでなく民間の医療の質をも監視するために、既存の四つの監視機構を統一し、二〇〇三年の the Health and Social Care (Community Health and Standards) Act⁽⁶³⁾ で the Commission for Health Audit and Inspection (CHAI) に改組され、二〇〇四年の四月から活動することになった。

The Commission for Social Care Inspection (CSCI)

この組織も同法によって、福祉サービスの質を、公私にかかわらず、標準に照らして評価し、情報を取り公開する⁽⁶⁴⁾。同じく、二〇〇四年から次のような活動している。その仕事は、

- 福祉サービス提供者の達成度と質を評価
- 地方自治体の達成度評価
- 政府によって設定された基準に照らして、介入者と提供者の評価 (appropriateness, responsiveness, equity, efficiency, effectiveness)
- 福祉事業者の登録、情報公開、改善の指示
- 政府や政策立案者に対する、政策の効果についての情報のフィードバック
- 公開性、透明性を重視し、その活動には利用者を含める。政府と議会に対して報告書を提出する。
- CHAI、Modernisation Agency、the Social Care Institute for Excellence などと密接に協働する。
- 評価は四段階で行われ、各組織の評価結果はインターネット上に公開されている⁽⁶⁵⁾。

最近、二つの第三者評価組織も統合されたが、現実にはまだ別々に活動が行われている⁽⁶⁶⁾。

注

- (1) 評価の枠組みについては郡司篤晃(二版二〇〇一)「医療システム研究ノート」丸善プラネット pp.7-11.
- (2) 医療システムの効果のマクロな指標は、分母は総医療費としても、分子が適当なものがないので、本来は分母である医療費が代替的に用いられている。
- (3) 主としてEnglandを対象とする。
- (4) この論述の詳細については、郡司篤晃(二版二〇〇一)「医療システム研究ノート」丸善プラネットを参照されたい。
- (5) 医療費の地域差の研究については、地域差研究会(二〇〇一)「医療費の地域差」東洋経済新報社を参照。
- (6) Enthoven, A. C. (1978). Consumer-choice health plan: Inflation and inequity in health care today: Alternatives for cost control and an analysis of proposals for national health insurance. *New England Journal of Medicine* 298 (12): 650-658., Enthoven, A. C. (1988). *Theory and practice of managed competition in health care financing*. North-Holland., Enthoven, A. C. (1993). The history and principles of managed competition. *Health Affairs* 12: 24-48.
- (7) Geoffrey Rivett (1997), *From Cradle to Grave: Fifty years of the NHS*, King's Fund Publishing, Howard Glennerster (1995), *British Social Policy since 1945*, Blackwell Publisher. Howard Glennerster and John Hills (Ed) (1998), *The State of Welfare: The economics of social spending* (2nd edition), Oxford University Press.
- (8) 日本の研究者によるものも多いが、例えばサッチャー改革の政治的な経緯等については詳しいものは、John Butler (1992); *Patients, Policies and Politics: before and after working for patients*, Open University Press, (中西範幸訳、「イギリスの医療改革」、勁草書房、一九九四)、サッチャー政権までは、武田文祥 第三章「医療保障——成功と挫折の交錯」毛利健三編著(一九九九)『現代イギリス社会政策史』ミネルバ書房、ブレア政権の改革までは近藤京則(二〇〇四)「医療費抑制の時代」を超えて——イギリスの医療・福祉改革」医学書院などがある。
- (9) A Report to the Secretary of State for Social Services by Sir Roy Griffith (1988), *Community Care: Agenda for action*, HMSO.

- (10) Department of Health (1989), *Working for Patients* (Cm. 555), HMSO., 福祉については Department of Health (1989), *Caring for People* (Cm 849), HMSO.
- (11) The National Health Service and Community Care Act, 1990.
- (12) Julian Le Grand, 「国家と市場と福祉」, 郡司篤晃編著 (二〇〇四) 『医療と福祉における市場の役割と限界』, 聖学院大学出版会, pp.54-55.
- (13) GP は公務員ではなく民間人であり, Local Health Authority という政府の地方組織との契約者である。従って, GPFH という制度は政府の予算使用権限を民間に委譲したことになる。
- (14) Julian Le Grand, Will Bartlett (Ed) (1993), *Quasi-markets and Social Policy*, Macmillan.
- (15) しかし, その動態は, 医療, 福祉, その他の領域において同一ではなく, それぞれ異なると見るべきである。その理由は多々あるが, 例えば情報の非対称の程度はそれぞれの領域で著しく異なるのも一つの大きな要因である。
- (16) Julian Le Grand, Nicholas Mays and Jo-Ann Mulligan (Ed) (1998), *Learning from the NHS Internal Market: A review of the evidence*, King's Fund Publishing.
- (17) John Hills (1997), *The Future of Welfare: A guide to the debate*. Joseph Rowntree Foundation.
- (18) Tania Burhardt, John Hills and Carol Propper (1999), *Private Welfare and Public Policy*, Joseph Rowntree Foundation.
- (19) Julian Le Grand (1998), op. cit.
- (20) Julian Le Grand (1997), *Knights, Knaves or Pawns? Human behaviour and social policy*. Journal of Social Policy 26:146-169. Le Grand, J., *From Knight to Knave? Public Policy and Market Incentives*. in T. Taylor-Dooby (ed 2000), *Risk, Trust and Welfare*, Macmillan Press Ltd.
- (21) M. Knapp, 「最良の質と価値のための介入」 郡司篤晃編著 (二〇〇四) 前掲書, pp. 80-81.
- (22) Nicholas Mays, Nick Goodwin, Amanda Killoran and Gill Malbon (1998), *Total Purchasing: A step towards Primary Care Group*, King's Fund.
- (23) Amanda Kiloran, Jenny Griffiths, John Posnett and Nicholas Mays (1998), *What can we learn from the total purchasing pilots about the management costs of Primary Care Group: A briefing paper for Health Authorities*, King's Fund.
- (24) 病院が積極的にGPからの検体検査の依頼に応じて検体収集にまわるとか, 病院の医師からGPにクリスマスカードが来るようになったとかといったエピソードがある。
- (25) 郡司篤晃編著 (二〇〇四) 前掲書, J. LeGrand 氏の発表に対する郡司篤晃の討論。
- (26) Anthony Giddens (1998), *The Third Way: The renewal of social democracy*, Polity Press.
- (27) Anthony Giddens (1994), *Beyond Left and Right: The future of radical politics*, Polity Press.
- (28) Labour Manifesto 1997.
- (29) Secretary of State for Health (1997), *The New NHS: Modern, dependable* (Cm 3807), HMO.
- (30) 医療費の八%が契約のための事務費に使われてしまったという。
- (31) 労働党は政府の透明性を主張し実践している。選挙公約は Manifesto としてきわめて具体的な政策を示し, これは我々の 'covenant' であるとした。ここで数値目標を示し agreement であるというのもその方針の実践の一つである。
- (32) 白書のメンバーは以下の各組織の長である Royal college of Physicians of London, Royal College of Surgeons of England, Royal College of General Practitioners, British Medical Association, NHS Confederation, NHS Alliance など, 二五の医療関係団体の長が参加し署名している。
- (33) The Secretary of State for Health (2000), *The NHS Plan: A plan for investment; A plan for reform*, Cm 4818-I (forwarded by Prime Minister).
- (34) The Secretary of State for Health (April 2002), *Delivering the NHS Plan: next steps on investment; next steps on reform*. Cm5503.
- (35) Department of Health (October, 2002). *Improvement, Expansion, Reform: the Priorities and Planning Framework (PPF) 2003-2006*.
- (36) The NHS Modernisation Board (2003), *Annual Report 2003: The NHS Plan — A Progress Report*.
- (37) Department of Health (2004), *Departmental Report*.
- (38) 二〇〇五年五月の首相選挙における保守党の manifesto では, この点を批判している。
- (39) Sustaining Innovation through New PMS Arrangements (Revised 18th March 2004), Standard General Medical Services