

## おわりに

わが国の医療システム、あるいは医療に対する規制体系が時代の要請に応じきれなくなってきたという認識では筆者と市場原理推進論者と大きな違いはないように思われる。しかし、その解決策として規制緩和を推進して市場原理を導入することが有効な処方せんだとする市場原理推進論には違和感を感じる。

違和感の第1は公平性の価値観の相違である。所得格差が拡大している現状や医療の質、量の両面における医療供給の地域格差が厳然と存在している事実から受療の公平性は今後も重要な政策目標とすべきだと考える。ゆえに安易な混合診療解禁論には抵抗を感じる。しかし、所得格差に対する十分な配慮がなされるのであれば市場原理的要素をすべて否定するつもりはない。保険給付率を所得に応じて変えたり、高額療養費制度の所得制限を多段階にするなどの方法で、公的医療保険の財源を中産階級以下に傾斜配分すべきだというのが筆者の持論である。

自己負担が引き上げられた高所得層はリスクヘッジとして私的保険に加入すれば、今まで未成熟であった私的医療保険市場も拡大する。保険会社も高所得者相手の保険であるから逆選択のリスクも小さく、販売しやすいと思われる。このようなポリシーが市場原理だといわれるのであれば、筆者もある意味では市場原理推進論者である。

違和感の第2は、医療市場の「市場の失敗」をどのように認識するかの相違である。筆者は公的医療保険の存在と情報の非対称性の存在により医療市場は競争のパフォーマンスが小さいと考えている。パフォーマンスが小さいとは、期待したほど質が向上しないとか、コストが削減されないということの意味する。論文中で筆者が情報開示や参入規制の撤廃がコスト増をもたらすと主張したゆえんである。違和感の第3は、競争促進策として不適切な例がいつも示されることである。営利病院参入問題のことである。

医療問題の解決には個別課題ごとに、市場原理と計画原理をどのように組み合わせることが相互補完性を発揮させることができるかを慎重に検討していく必要がある。先の例でいうなら、公的医療保険の給付を所得と対応させるのは計画原理、高所得者対象の私的保険市場を拡大するのは市場原理である。この2つのバランスの妙こそが医療政策の課題だと思う。今や、「市場原理」や「規制緩和」は黄門様の印籠である。情報を開示して参入障壁を撤廃することにより医療問題の多くは解決するかの印象を与える。しかし、わが国のバブル経済とその失敗も、最近の国際金融危機も市場原理の行き過ぎから生じたものだ。他の政策原理と同様に市場原理も欠陥を持っていることを忘れるべきではないだろう。

表4 アメリカの営利病院のパフォーマンスに関する2つの論文

“For-Profit Enterprise in Health Care” The Institute of Medicine Study  
The New England Journal of Medicine Vol.314 NO.23 (1986) pp.1523-1528.

医療はさまざまな変遷を遂げている。かつては非営利の地域病院と、1人で経営していた開業医が中核であった医療の構造は変化し、医療の変化に伴ってさまざまな組織を内包する営利の企業体が急増するようになった。こうした変化の中で、非営利病院関係者や立法関係者の間では、株主に十分な配当を生み出さねばならない営利病院が医療の質や教育、研究開発、貧しい人々の医療へのアクセス、医師の信用などを犠牲にしてまでも過度に商業化するのはないかという心配が広がっている。

営利病院の増加や医師の商業的活動の増加に対するさまざまな期待や不安に呼応して1983年に医学協会(Institute of Medicine:IOM)は大規模な調査を行い、「医療にみる営利病院」を発表した。この報告は、出版された文献、ヒアリング、ケーススタディ、独自の研究調査や2年にわたる綿密な検討に基づいている。この研究では、(1)営利病院という所有形態の成長、(2)営利病院、非営利病院と公立病院の資本へのアクセスの関係、営利病院と非営利病院の(3)支出と費用、(4)医療の質、(5)不採算な医療の提供、(6)教育や研究開発にどの程度かかわっているか、(7)医療の企業化のトレンドがどの程度医師の受託者責任に影響を及ぼしているか、といったことについて議論されている。

ここではこの研究の中でも主要な論点に絞って再び議論を重ねることとする。その論点とは、医療コスト、医療の質、不採算な医療の供給、教育や研究についてであり、報告の政策的インプリケーションについても議論する。

営利病院の是非をめぐることは、医療を促進する組織としてや、患者や地域のニーズに対して医科学を適用するという、医療機関の本来の目的とは本質的に相いれないものであるという考え方が強く反発を引き起こしている。医療機関に当然に求められる行動目的は、営利病院が行っていると考えられている利潤最大化の行動とは異なるものである。しかし対立する見解として、営利活動を行うゆえに、非営利的組織には働かない市場メカニズムが機能するのではないかというものもある。

—中略—

### ●医療コスト

病院に関する研究は多数行われているが、営利病院が非営利病院よりもコストがかからないということや、より効率的であるということ的支持する結果は得られていない。ほとんどの研究では患者当たりのコストの差はほぼ無視できるものの、営利病院の1日当たり患者診察コストは非営利病院のそれよりも高い(約3%から10%)という結果が得られている。費用ベース(cost-based)の支払い(DRGシステムが導入される前のメディケア保険や多くの私的保険)で調べると非営利病院よりも営利病院の方が8%から15%ほど高くなっている。

### ●医療へのアクセス

営利病院の活動は、医療サービスの提供を受ける人にとって容易に利用できるものとなっている。しかし公的観点から見て、支払いが不可能な患者のアクセスの容易さが問題となる。貧しい人々への医療は、支払いが保障されないため、医療提供者側の意思に依存している。医療提供者側は貧しい人々への医療サービスに対する支払いが受けられないことから生じる損失を、他の収入源(多くは他の患者の支払い)で埋め合わせることになる。

調査によれば、支払い不能な患者の診療や不採算医療による損失は、1982年の全病院で患者の総収入のうち約4.5%を占めた。1981年からのOffice for Civil Rightsの調べでは、営利病院よりも非営利病院の方が保障されない人々への医療サービスの水準が高いという結果を得た。一方、American Hospital Associationの調査では、カリフォルニ

ア州において営利病院、非営利病院間にほとんど差が認められなかったという結果を出したが、営利病院の非公共性が過度に議論されているのか、非営利病院が社会的役割を十分に担っていないのかは明らかではない。IOMでは、営利病院が30%以上を占めるデータを用い、フロリダ州、テネシー州、テキサス州とヴァージニア州について調べている。その結果、営利病院での不採算医療は患者からの収入の3.4-3.8%を占めるのに対し、非営利病院では5.5-9.0%を占めていることがわかった。この違いの原因としては、病院側の意思というよりもその他のさまざまな要因(病院の規模、立地など)が考えられるが、不採算医療の供給水準は営利病院において比較的低いという点は認めざるを得ない。

### ●医療の質

医療の質を示す指標として利用可能なものに病院の信用や医師の評判、看護職員の数などが挙げられるが、営利病院と非営利病院を比較してどちらが勝っているかという判断は示し得ない。IOMの調査によれば医師の意見では、営利病院よりも非営利病院の方が好ましいという結果を得た。すなわち、営利病院に属する約4分の1の医師が、医療の質については非営利部門の方が高いという意見を持っている。一方、IOMの研究からは、さまざまな視点から医療の質を測定すると、営利病院と非営利病院での医療の質の相違は小さいという結果も得られている。

### ●教育と調査

最近まで営利病院では医学教育や患者の調査にあまりかかわってこなかった。広範な教育関連支出や患者の調査費用が経営にどれほど望ましい効果を及ぼすかということに疑問が多かったためである。

最近では営利病院でも教育や調査が適度に行われるようになった。しかし、教育と調査にかかるコストは株主の利害と両立するかという問題も残されている。

"Nonprofit and For-profit Medical Care: Shifting Roles and Implications for Health Policy" M.Schlesinger, T.Marmor and R.Smithey  
Journal of Health Politics, Policy and Law Vol.12 NO.3(1987) pp.427-456

## ヘルスケアに対する営利病院と非営利病院の比較研究

アメリカの医療政策は3つの主要な目的を持つ。医療へのアクセス促進、医療費の抑制、サービスの質の保障をすることの3点である。過去に行われた所有形態別の分析研究はこうした点に基づいて評価されてきた。

### 所有形態とヘルスケアの費用

過去の実証研究はナーシングホームと総合病院を対象に、所有形態と経済的パフォーマンスの関係を検証することを目指している。多くの研究で非営利的なナーシングホームと営利的なナーシングホームとの間で平均費用の分析が行われ、患者の特性、提供されたサービスの範囲や諸々の要因をコントロールした時、営利組織の費用は非営利組織よりも5から15%ほど低いという結果が得られている。それとは対照的に、病院産業では営利病院と非営利病院との差はほとんどみられず、1日当たりの費用では営利病院の方が一般的に高いと言う結果が示された。

これらの研究では、その背景にある医師の役割があまり強調されていないように思われる。腎臓透析センターやHMOにおける医師の役割は重要である。営利部門であっても、職業規範から費用を抑えようとするインセンティブが弱められ、医師が職業的な規範に基づいて職務を遂行するとき、費用増加につながる可能性があるためである。

### 所有形態と医療の質

所有形態と医療の質の違いを比較する時、尺度として何を用いるかという問題があるが、ほとんどの研究では総合病院での退院後の死亡率や再入院後の死亡率などを用いている。対象地域をカリフォルニア州やニューヨーク州に限定した分析もなされているが、営利病院と非営利病院での差はほとんどみられないという結果が得られている。

### 所有形態と医療へのアクセス

医療の提供者側は収益性の少ない患者を3つの手段によって避けることができる。1つめは、病院施設を所得の低い地域に立地しないこと、2つめは、保障のない患者や保障の程度の低い患者が利用する可能性が高いサービスの提供を行わないこと、3つめは、医療の支払いが不可能な人をサービスの提供時にスクリーニングするというものである。これは受療前に資力調査をすることで可能となる。過去の研究から営利病院ではこうした手段がとられてきたことが示されている。こうした手段はその施設で医師がどの程度の重要性を負っているかにかかわらず、見られるものである。

#### ●スクリーニングと施設の立地

支払い能力に制限のある人々を避けるために、所得水準の高い地域に立地するというものである。こうした傾向が強ければ、高額な医療サービスは所得水準の低い地域と比べて高い地域でより多く提供されることとなる。所有形態と立地選択に関する分析の多くは、総合病院についてなされているが、1人当たり所得の高い地域、所得の伸びの高い地域で営利組織が高いシェアを占めているという結果が得られている。州内の比較分析でも同様な傾向が見られ、メディケイド患者の相対的に少ない地域に営利施設が多く立地されている。

#### ●スクリーニングとサービスの選択

支払いが限られている患者を審査するために施設側は2つのタイプのサービスを提供しない場合がある。すなわち、(1)保険で十分な採算が期待できないサービス、(2)保障されていない人々やメディケイド患者が利用する頻度が高いサービスである。

精神病院では(1)のようなサービスが提供されている。緊急電話や自殺防止のサービスでは相手を特定化することができないので、一般的には採算の取れないサービスとなる。支払い能力の審査をする施設ではこのようなサービスの提供を避けるであろうと考えられる。実際、営利的な精神病院では非営利病院や公立病院と比べて4倍から5倍このようなサービスの提供が行われていない。

また、営利病院はたとえそのサービスが広く地域社会にとって望ましくても、貧しい患者の利用頻度の高いサービスは提供しないケースもよく見られる。

#### ●スクリーニングと入院政策

入院政策としては2つのやり方が考えられる。1つめは、排他的な政策で、保障されていない人々やメディケイド患者といった特別なグループを審査するもので、これには資力調査などがある。2つめは、低所得の患者のために料金を低く設定するというものである。収益性を追求する施設であれば後者よりも前者が用いられる。

営利病院では、保障されない患者やメディケイド患者の加入を阻む目的で排他政策をとる傾向が強い。1984年の調査ではこのような方策をとる病院は、営利病院では非営利病院の2から3倍存在することが示された。料金を低く設定する政策については、ナーシングホーム、精神病院、精神障害者施設において、営利組織は非営利施設の2分の1から4分の1しかこのような方策をとっていない。

「医療機関経営と非営利性に関する研究」(1997年：医療経済研究機構)より抜粋

2. クリームスキミング (1) : 営利病院と立地		
研究者名	サンプル/分析内容	分析結果
C.Bays (1983)	○全米(1971-1977) ○病床シェアの拡大と所有形態の関係	○営利病院の病床シェアと、1)地域人口増とは負の相関、2)住民の保険カバレッジとは正の相関、3)住民の所得水準とは無相関である。
Mullner and Hadley (1984)	○全米(1973-1982) ○営利チェーン病院の病床シェアの拡大要因	○営利チェーン病院の病床シェアと相関を持つのは、1)人口増加率、2)1人当たり所得の上昇率、3)住民の保険カバレッジ、4)既存の営利病院の病床シェアである。
Gulley and Santerre (1993)	○全米(1967-1987) ○税の減免の対象となる非営利病院と対象とならない営利病院の立地行動と税の関係	○法人税の税率が高ければ課税される営利病院のシェアは低くなるが、売上税や資産税の税率とは無関係である。
3. クリームスキミング (2) : 営利病院と不採算医療		
研究者名	サンプル/分析内容	分析結果
Schlesinger and Dorwart (1984)	○全米の精神病院(1976) ○医療へのアクセスや医療の質と経営形態との関係 ○経営形態別に料金の引下げ(reduces charge)の実施、患者当りスタッフ数、不採算サービスの実施状況の比較	○民間病院(営利、非営利)は公立病院と比較して支払能力の無い患者の受け入れに消極的。 ○公立病院は民間病院と比較して地域の便益を優先したサービスを提供している。 ○営利病院は非営利病院より患者1人当たりのスタッフ数が少ない。
Shortell, et. al. (1986)	○全米(1984) ○①採算性の低い代替医療、慈善医療、不採算医療の割合と経営形態の関係、②これら不採算医療の供給と競争状況、経営形態との関係	○代替医療の種類の数；非営利病院9.16、営利病院6.86 ○慈善医療の種類の数；非営利病院と営利病院との有意差はない。 ○不採算医療の種類の数；非営利病院2.1、営利病院0.8 ○競争圧力が小さいと営利病院では慈善医療の数が減るが、非営利病院では変わらない。
Schlesinger, et. al. (1987)	○全米(1983, 1984) ○無保険者とメディケイト患者の入院受け入れ姿勢と、経営形態、チェーン化の有無、競争状況の関係	○非営利病院はメディケイト患者、無保険者の入院に対して消極的態度はとらない。 ○営利病院は無保険者の入院に対して消極的態度をとる。 ○公立病院は無保険者の入院を積極的に受け入れる。 ○競争が激化すると営利病院のメディケイト患者、無保険者の入院に対する態度がさらに消極化する。
Rundall, et. al. (1988)	○カリフォルニア州(1984-1985) ○不採算医療と経営形態の関係	○不採算医療の比率が大きい順序；郡立病院(教育)34.7%、民間非営利病院(非教育)31.0%、民間非営利病院(教育)12.6%、営利病院10.4%、郡立病院(非教育)7.0% ○利益率の高い順序；営利病院1.5%、民間非営利病院(非教育)1.35%、民間非営利病院(教育)1.27%、郡立病院(教育、非教育)1.15%
Culhane and Hadley (1992)	○全米の精神病院(1987) ○精神病医療における医療の質と経営形態の関係	○非営利病院は営利病院と比較して、1)多様な医療を供給している、2)保険の加入水準の低い患者を入院させている、3)救急患者の受け入れが多い、4)医療従事者の研修の受け入れが多い。
Arrington and Hadock (1990)	○全米(1982) ○非営利病院は社会への利益還元が少ないので優遇措置を再考すべきだという Herzlingert and Kraser(1987)の実証分析結果を再検討するため、同じデータを異なる方法で分析。	○病床当たりの従業員数は非営利病院の方が多いが、1日当たりコストは営利病院の方が高い。 ○非営利病院の方が重症患者を受け入れ、高度の専門教育を行い、保障の低い患者を受け入れている。 ○以上の理由で、非営利病院の方が効率が悪く社会への還元が低いとは結論づけられない。

表5 営利病院と非営利病院とのコストおよびクリームスキミングに関する比較研究例

1. 営利病院とコスト (効率性)		
研究者名	サンプル/分析内容	分析結果
Becker and Sloan (1982)	○全米(1979) ○費用、収入、利益と経営形態との関係	○営利病院は患者1人1日当たりコストは高い。 ○1件当たりコスト、利益率に差はない。
Watt, et. al.(1986)	○8州 (1978,1980) ○費用、収入、利益と所有形態との関係	○営利病院は利益率の高い医療を積極的に行い、料金収入ともに高い。 ○1件当たりコストの差はない。 ○営利病院は患者1人当たり管理コストが高い。 ○営利病院は収入、利益率が高い。 ○営利病院は病床当たり従業員数は少ないが従業員1人当たりのコストは高い。 ○営利病院は負債比率が高く、資本コスト比率も高い。
Patison and Katz (1986)	○カリフォルニア州 (1980) ○利益、コストと経営形態との関係	○営利病院は患者1日当たり、1件当たりとも価格、費用、収入が高い。 ○営利病院は価格の高い医療を選択的に供給している。 ○患者の加入保険の種類に差はない。
Renn,et.al.(1985)	○全米(1980) ○収入と支出、利益率、生産性、資本構成と経営形態との関係	○営利病院は1件当たり収入が多い。 ○医療コストの差はない。 ○営利病院は本社経費が多い。 ○営利病院は医療に関する利益率は高い。
Sloan and Vraciu (1983)	○フロリダ州(1981) ○コスト、利益率、内部補助の状況、サービスの特徴と経営形態との関係	○税引き後の利益率、メディケア、メディケイド患者の入院、収入に占める慈善医療の割合に関して営利病院は他と差はない。 ○営利病院と非営利病院では、サービス内容に違いがあるが、それが利益の差を生じさせるほどではない。
A. Sear (1991)	○フロリダ州(1982-1988) ○マンパワー利用の効率性、人件費の効率性、収益性と経営形態との関係	○病床当たりの従業員数、1人1時間当たり仕事量は営利病院の方が効率的である。 ○給与水準は営利病院が低い。 ○収益率は営利病院が高い。 ○経営効率性は営利病院の方が高い。
Ozcan,et.al.(1992)	○全米(1987) ○組織運営の効率性と経営形態の関係 ○Data Envelopment Analysis (DEA) 使用	○公立病院、非営利病院、営利病院の順で効率性が高い。 ○営利病院は、サービスの多様性、従業員の活用面では公立病院や非営利病院より効率的であるが、費用や資本の面は非効率である。
McCue and Clement (1993)	○全米の精神病院(1986-1990) ○財務パフォーマンスと経営形態の関係	○営利病院は在院日数が長く、従業員が少ない。 ○営利病院は利益率が高い。 ○営利病院はメディケア患者の比率は高いが、メディケイド患者比率では差がない。 ○営利病院は給与以外の費用は多い。 ○営利病院は債務比率が高い。
T. Mark (1996)	○カリフォルニア州の精神病院(1984-1989) ○医療の質の代理変数として「違反」と「苦情」の件数と経営形態との関係を調べる。	○「違反」と「苦情」は営利病院に多い。 ○費用、すなわち効率性には差がない。
Woolhandler and Himmelstein(1997)	○全米(1990,1994) ○管理コストと所有形態の関係 ○回帰分析	○総費用に占める管理費用は民間営利病院(34.0%)、非営利病院(24.5%)、公立病院(22.9%)の順に高い。 ○1990年から1994年の管理コストの上昇率は、民間営利病院(2.2%)、非営利病院(1.2%)、公立病院(0.6%)の順に高い。

# 病院経営への 企業参入を認めざるべきか

株式会社による病院経営参入は、規制改革論議で長年俎上に上っているが、医療関係者の抵抗が依然根強い。競争を促進させ医療の質向上をもたらすのか、それとも逆効果となるのか。

主張

## 1 不採算医療の切り捨て等を助長する 営利病院のパフォーマンスに疑問

学習院大学経済学部教授 遠藤久夫

経済財政諮問会議の基本方針や総合規制改革会議の中間とりまとめには、わが国の医療制度が抱えている課題について処方せんが示されている。納得できる項目も多いが、首を傾げたくなる案もある。その一つが、株式会社形式による病院経営の解禁である。原理的およびエビデンスの視点から疑問点を整理する。

### 利潤動機と市場の失敗

企業が利潤を求めるのは、いかに

して効率的に顧客の満足を満たすことができるかという課題を克服する作業にはかならず、それは結果として社会全体の便益を向上させることにつながる。これが市場原理である。しかし、このような市場原理が有効に機能するにはいくつかの条件が必要であることは、経済学の教えるところである。わが国の医療市場は、

①保険制度により患者の自己負担が少ない、②診療報酬が公定化されている、③医療内容を患者が正しく評価することが困難（情報の非対称性

の存在——といった理由で、この条件を満たしていない。このような「市場の失敗」の下では、利潤動機に基づく企業行動は社会全体として原理的に望ましいとはいえないのである。

### エビデンスの視点からの疑問

第二は、エビデンスの視点からの疑問である。企業はきわめて効率的な組織であるから企業が経営する病院は効率的だ、という論法は正しいのだろうか。アメリカでは一九七〇年代以降、以下の仮説についての比較研究が数多く行われた。

- 1) 営利病院の経営が効率的ならコストは低いはずだ。
- 2) 営利病院が顧客志向が高いなら、患者本位の高い質の医療を提供しているはずだ。

筆者が代表的な比較研究三〇本を分析した結果、以下のことが分かった。一つは、営利病院は非営利病院よりコストが高い、もしくはコストの有意差はない、という結果が大

資料4

半を占め、とくに管理部門のコストが高いという傾向が明らかになった。また表は、患者一人当たりのメデイケア支出額を営利病院のみの地域（二〇八地域）と非営利病院のみの地域（二八六〇地域）で差があるかを調べた最近の報告であるが、営利病院地域のほうが非営利病院地域より多くの公的な資金を消費していることが明らかにされた。一方、医療の質に関してはコスト分析ほど代表性があると思われる研究は少ないが、精神病院における違反件数は営利病院のほうが多い<sup>2)</sup>、人工透析施設での死亡率は営利施設のほうが高い<sup>3)</sup>といった研究報告が一流学術雑誌で報告されている。

また、多くの研究が、営利病院は

表 患者1人当たりのメデイケア支出額(ドル)

	営利病院地域	非営利病院地域
1995年	5172	4440
1992年	4243	3841
1989年	4006	3554

N.E.J.M Vol.341 No.6 pp.420-426 1999.

①不採算な医療（チャリテイケアや医学教育など）を切り捨てることと、②支払い能力の乏しい患者（無保険者やメデイケイド患者など）の入院を抑制することを通じてクリームスキミング（良いところ取り）を行っていることを指摘している<sup>4)</sup>。

最近ではマネジドケア保険に対する拮抗力の確保という理由もあって、非営利病院が営利病院に転換するケースが増えてきている。しかし、全米の病床数に占める営利病院の病床数は八〇年の九・〇%から九七年の一三・五%に上昇したに過ぎない。営利病院市場内部では合併に次ぐ合併で集中化の嵐が吹き荒れているのに比べて、営利病院全体のシェアは驚くほど安定的である。営利病院が本当に患者のために安くて良い医療を提供しているのであれば、そのシェアがもつと上昇してもよいはずである。

医療改革の有効な処方せんになり得ない

北欧などを除く多くの国で営利病院は存在するが、医療改革の一環として営利病院の振興を政策メニュー

に挙げている国などない。強いていえば、九〇年初頭のイギリスにおけるNHS改革の一環として保健当局が民間病院と契約を結ぶようにしたことは、医療改革のなかで営利病院が登場したケースだといえる。しかし、NHSの厳しいアクセス制限を緩和して競争原理を働かせようとしたイギリスと、フリーアクセスが確立しているわが国の状況とはまるで異なる。営利病院の解禁を医療改革の有効な処方せんのごとく論ずるのは無理があると思う。

また、慢性的に不足している病院の資金を調達する手段として株式発行が有効なのではないかという意見もある。しかし、株式の上場基準からみて大半の病院は株式会社化してもその恩恵には浴せないのであろう。恩恵を最も受けるのは、すでに高い株価をつけている大企業が参入する場合である。このような資金調達上の制度格差がある下での病院行動が、先のクリームスキミングの問題を含めて、患者の便益にどのような影響を与えるのかは十分な検討が必要であらう。

さらに税制についていえば、欧米では非営利病院は税の減免の対象と

なるが、営利病院は対象とはならない。これは、非営利組織が株式発行による資金調達ができないことに対する補償措置として考えられている。もし営利病院が認められるとなれば、位置づけがいまいであった医療法人の税制についても改めて議論する必要がある。とくに持分のない医療法人に関しては税制上の優遇を認めるべきである。それが営利組織と非営利組織の税制のグローバルスタンダードだからである。

- 1) 「医療における規制体系の再構築」【医療白書1999年版】日本医療企画
- 2) "Psychiatric Hospital Ownership and Performance: The Journal of Human resources 1996.
- 3) N.E.J.M Vol.341 No.22pp.1653-1660 1999.
- 4) 1)と同じ文献

●えんどう・ひさお

1980年、横浜国立大学経済学部卒業。87年、一橋大学大学院博士課程修了。95年、東海大学政治経済学部助教授。97年、学習院大学経済学部教授。著作に「医療改革とマネジドケア」（共著、東洋経済新報社）など。



1995 were for hospital services (a mean increase of \$395 in for-profit areas and \$283 in not-for-profit areas,  $P=0.03$  for the comparison between for-profit and not-for-profit areas) and home health care (an increase of \$457 in for-profit areas and \$324 in not-for-profit areas,  $P<0.001$ ). Between 1989 and 1995, spending in the 33 areas where all hospitals converted from not-for-profit to for-profit ownership grew more rapidly than in the 2860 areas where all hospitals remained under not-for-profit ownership (\$1,295 vs. \$866,  $P=0.03$ ).

**Conclusions** Both the rates of per capita Medicare spending and the increases in spending rates were greater in areas served by for-profit hospitals than in areas served by not-for-profit hospitals.

### Source Information

From the Veterans Affairs Outcomes Group, Department of Veterans Affairs, White River Junction, Vt. (E.M.S., E.S.F.); the Center for the Evaluative Clinical Sciences, Dartmouth Medical School, Hanover, N.H. (J.S.S., E.S.F.); the Department of Economics, Dartmouth College, Hanover, N.H. (J.S.S.); and the National Bureau of Economic Research, Cambridge, Mass. (J.S.S.). The views expressed herein do not necessarily represent the views of the Department of Veterans Affairs or the U.S. government.

Address reprint requests to Dr. Fisher at Dartmouth Medical School, HB7251, Hanover, NH 03755.

## [Sign in for Full Text](#)

### Related Letters:

#### **When Money Is the Mission — The High Costs of Investor-Owned Care**

Greene H. R., Packard B. J., Mick B. A., Menendez R., Zinberg S. S., Silverman E. M., Skinner J. S., Fisher E. S., Himmelstein D. U., Woolhandler S.

[ [Full Text](#) ]

*N Engl J Med* 1999; 341:1768-1770, Dec 2, 1999. **Correspondence**

### This article has been cited by other articles:

- Percy, A. K. (1999). Eliminating institutional child abuse: A road too well traveled. *Neurology* 53: 1617-1617 [ [Full Text](#) ]
- Greene, H. R., Packard, B. J., Mick, B. A., Menendez, R., Zinberg, S. S., Silverman, E. M., Skinner, J. S., Fisher, E. S., Himmelstein, D. U., Woolhandler, S. (1999). When Money Is the Mission — The High Costs of Investor-Owned Care. *N Engl J Med* 341: 1768-1770 [ [Full Text](#) ]
- Woolhandler, S., Himmelstein, D. U. (1999). When Money is the Mission — The High Costs of Investor-Owned Care. *N Engl J Med* 341: 444-446 [ [Full Text](#) ]
- Harrington, C., Woolhandler, S., Mullan, J., Carrillo, H., Himmelstein, D. U. (2001). Does Investor Ownership of Nursing Homes Compromise the Quality of Care?. *Am J Public Health* 91: 1452-1455 [ [Abstract](#) ] [ [Full Text](#) ]



## SPECIAL ARTICLE

Volume 341:420-426 August 5, 1999 Number 6

## The Association between For-Profit Hospital Ownership and Increased Medicare Spending

Elaine M. Silverman, M.D., M.P.H., Jonathan S. Skinner, Ph.D., and Elliott S. Fisher, M.D., M.P.H.

### ABSTRACT

**Background and Methods** The rate of conversion to for-profit ownership of hospitals has recently increased in the United States, with uncertain implications for health care costs. We compared total per capita Medicare spending in areas served by for-profit and not-for-profit hospitals. We used American Hospital Association data to categorize U.S. hospital service areas as for-profit (meaning that all beds in the area were in for-profit hospitals), not-for-profit (all beds were in not-for-profit hospitals), or mixed in 1989, 1992, and 1995. We then used data from the Continuous Medicare History Sample to calculate the 1989, 1992, and 1995 spending rates in each area, adjusting for other characteristics known to influence spending: age, sex, race, region of the United States, percentage of population living in urban areas, Medicare mortality rate, number of hospitals, number of physicians per capita, percentage of beds in hospitals affiliated with medical schools, percentage of beds in hospitals belonging to hospital chains, and percentage of Medicare beneficiaries enrolled in health maintenance organizations.

**Results** Adjusted total per capita Medicare spending in the 208 areas where all hospitals remained under for-profit ownership during the study years was greater than in the 2860 areas where all hospitals remained under not-for-profit ownership (\$4,006 vs. \$3,554 in 1989, \$4,243 vs. \$3,841 in 1992, and \$5,172 vs. \$4,440 in 1995;  $P < 0.001$  for each comparison). Mixed areas had intermediate spending rates. Spending in for-profit areas was greater than in not-for-profit areas in each category of service examined: hospital services, physicians' services, home health care, and services at other facilities. The greatest increases in per capita spending between 1989 and

## ARTICLE

- ▶ Return to Search Result
  - ▶ Table of Contents
  - ▶ Full Text of this article
  - ▶ PDF of this article
  - ▶ Related Letters to the Editor
- Related editorials in the Journal:
- ▶ Woolhandler,
  - ▶ Find Similar Articles in the Journal

## SERVICES

- ▶ Add to Personal Archive
- ▶ Download to Citation Manager
- ▶ Alert me when this article is cited

## MEDLINE

- ▶ Related Articles in Medline
- Articles in Medline by Author:
- ▶ Silverman, E. M.
  - ▶ Fisher, E. S.
  - ▶ Medline Citation

## COLLECTIONS

- ▶ Health