

営利法人の病院経営のパフォーマンスに関する一考察

— 米国の先行研究のサーベイを中心に —

遠藤 久夫*

規制緩和の一環として営利法人による病院経営の問題が議論されているが、本稿では営利病院参入に関して次のような議論を展開している。1) 民間非営利組織に関する海外の先行研究から、非営利組織は営利組織と比較して、①不完全情報下での取引効率を向上させる反面、②組織運営上の非効率（X非効率）が発生する可能性があることを指摘した。2) アメリカにおける営利病院と非営利病院のパフォーマンスを分析した1980年代前半の先行研究をサーベイすることにより、①営利病院のコスト効率が優れているという明白な事実は確認されない、②営利病院はマーケティング戦略に優れる、③営利病院と非営利病院の医療の質に差があるという事実は確認されない、④営利病院の方が支払能力の不足した患者に対するスキミングが見られる、という営利病院の特徴を示した。3) わが国における営利法人による病院経営を考える際、①営利病院参入による医療セクターの効率改善のプロセスを明確にする必要、②医療へのアクセス、非営利病院との不公正競争、医療の継続性などの視点から吟味する必要があることを指摘した。

キーワード：営利、非営利、情報の非対称性、プロフェッショナリズム、機会主義

はじめに

わが国では医療法第7条第4項において「営利を目的として病院等を開設しようとする者に対しては、許可を与えないことができる」と定め、また同法第54条において「医療法人においては、剰余金の配当を禁止している」と定めており、営利法人による医療機関経営は認められていない。このような状況の下、総理府に設置された行政改革委員会の規制緩和小委員会は平成7年に40項目の規制緩和に関する「論点」を公開した。その中に「営利法人による医療機関の経営」がある。本稿では先行研究のサーベイを中心に、1) 病院経営に非営利組織が求められてきた根

拠を考察し、2) 営利病院のプレゼンスの大きなアメリカの営利病院の行動を評価し、3) わが国における営利病院参入に伴う課題を検討する。

I 医療における非営利性

医療に対する非営利性、あるいは非市場性の要求とは、医療の特性から生ずる資源配分上、所得分配上の問題により医療システムは市場メカニズムに委ねられないことを意味する。医療システムは財政システムと供給システムによって構成されているため、医療に対する非営利性の要求は財政システムと供給システムの双方に及ぶことになる。実際に、ほとんどの先進国で税や社会保険で医療費の多くを賄っており、ま

* 東海大学政治経済学部助教授

た医療供給を担う組織の大半は設立主体が政府である公立組織または民間非営利組織である。表1はこの関係を示したものである。本稿のテーマは医療供給主体として営利組織は有効であるかというものであるため、医療供給システムを分析の対象とし、医療の財政システムに関する公私分担の問題は直接には扱わないことにする¹⁾。

1. 営利組織と民間非営利組織

医療供給主体は大別して公立組織と民間組織とに分かれる。さらに民間組織は営利組織と非営利組織とに分かれるが、営利組織と民間非営利組織の特徴は次の通りである。

1) 営利組織 (=株式会社)

営利組織の出資者(株主)は、利益配当請求権、解散時の残余財産分配請求権および株主総会における議決権などを有し、当該組織の所有者だと考えられる。管理・運営を行なうトップマネジメントは株主の利益の代理人として株式の価値を最大化することを究極の目的とする。資金調達には供給する財・サービスからの収入や

借入の他に株式発行による資本市場からの資金調達が可能である。営利事業であるため原則として非課税措置はない。

2) 民間非営利組織

残余利益の特定個人への帰属はない。したがって原則として個人に所有権は帰属しない。行動目的はそれぞれの組織に課せられた使命・目的であり利潤追求ではない。利益配当は禁止される。株式発行による資金調達はできないため、資金源泉は収入、借入、補助金、寄付である。収入や寄付に関して税金の控除が適用される。この①所有権が誰にも帰属しない、②利益配当の禁止、③非課税措置という3つの条件が民間非営利組織の制度的特徴である(表2)。①と②は組織に対する「所有権」の放棄を意味し、民間非営利組織の存在理由と直接に関係する本質的な特徴であり、③は①と②の特徴があるために派生的に生ずる特徴であるといえる²⁾。非営利組織の存在意義と所有権との関連はⅡで議論する。

2. 医療供給主体の非営利性

医療の公私分担をテーマとする際、医療経済学者が分析の対象とするのは財政システムである場合が多く、医療供給主体の所有形態(ownership)の問題は必ずしも中心テーマではなかった。その大きな理由は、医療供給の主体が何であっても、財政システムに対する公的な介入によって医療に関する多くの問題をある程度解決することが可能だからである。たとえば、医療へのアクセスの不平等は社会保険などの公

表1 医療システムマトリックス

			医療の供給主体	
			公立	民間
			非営利組織	営利組織
財政方式	公的	租税 社会保険		
	私的	自己負担 (私的保険)		

表2 民間非営利組織と営利組織の特徴

	所有者	行動目的	利益配当	資金調達	課税
民間非営利組織	無または特定メンバー	与えられた使命の達成	不可能	サービスの対価、借入、補助金・寄付	非営利事業収入および補助金・寄付は非課税または控除
民間営利組織	株主	株式価値の最大化	可能	サービスの対価、借入、エクイティ・ファイナンス	課税

的な財政方式の導入によって改善することが可能であり、その際、医療供給主体が営利組織であるか、非営利組織であるかは第二義的な問題となる。外部性の高い医療（公衆衛生など）の供給に伴い、私的誘因と社会的誘因のギャップから最適供給に失敗する場合でも公的な医療保険制度の設計次第で状況を改善することができる。しかし、多くの国において、公立組織と民間非営利組織が医療の供給の中核を占めており、営利組織を認めている国は限定されるし、認められている国においてもそのプレゼンスは必ずしも大きくない³⁾。なぜ医療供給主体として営利組織が適さないのか。この問題を検討するためには医療供給主体の所有形態の議論を避けて通れないのである。

II 医療の非営利性と2種類の非効率

1. 情報の非対称性と非営利性

営利組織（株式会社）、公立組織（政府）以外に民間非営利組織が存在する理由については様々な議論がなされてきたが、大別して二つのアプローチに集約できる。第一はWeisbrod (1975) が指摘した「政府の失敗」アプローチである。多様な納税者のニーズを反映できない公共財供給のメカニズムの欠陥から公共財供給を過少と認識する納税者が存在し、彼らの需要を満たす存在として民間非営利組織を位置づけるものである。第二は市場の失敗の補完システムとしてとらえるアプローチである。このアプローチでは、市場の失敗を生じさせる財の特性として、1) 非競争性と2) 情報の非対称性を想定している。Hansmann (1981) は、非競争性をもつ財を民間組織が供給する際に発生する費用の回収不足を寄付のもつ「自発的な価格差別機能」が補完するという点から、寄付によって運営される民間非営利組織の合理性を示した。一方、Hansmann (1980,1988) やEasley and O'hara (1983) らは、情報の非対称性が存在する市場に

生ずる「契約の失敗」を営利性の排除により回避する可能性に注目した⁴⁾。医療サービスのほとんどは公共財としての特性（非競争性、非排除性）をもっていないし、外部性の高い医療サービスも先進国では少なくなっている。しかし、医師・患者間の情報の非対称性の存在は顕著である。したがって、多くの国において営利病院のプレゼンスが小さい理由は、歴史的背景などさまざまな要因があるものの、経済学的には「不完全情報下の機会主義 (opportunism)⁵⁾ の抑制」を非営利性に求めたと考えるのが妥当である。

供給者と消費者との間に情報の非対称性が存在する場合、両者の間に最適な契約が成立しない問題はArrow (1963)、Akerlof (1970) などによって従来から指摘されてきたが、Hansmann (1980)は、1) 利潤動機が機会主義を引き起こす大きな要因であり、2) 非営利性は不完全情報下の消費者にとって信頼に値する (trustworthy) シグナルとして機能し、3) 消費者のモニタリング・コストの引下げを通じて、契約の失敗から生ずる非効率を改善する、と情報の非対称性と非営利性を明示的に結びつけることによって不完全情報下における民間非営利組織の存在理由を示した。民間非営利組織で利益配当が禁止されるのは、残余利益の請求権者 (residual claimants) である株主からの利益要求を無くすことによって機会主義の発生を抑制できると期待されるからである。この問題は医師・患者間のエージェンシー関係としてとらえることもできる。医師・患者間の情報の非対称性の存在により、患者（プリンシパル）は医師（エージェント）の行動を適切に評価することができない⁶⁾。そのため、医師の行動に対する有効なモニタリングや医師の行動が患者の利益に合致するようなインセンティブの構築が必要となる⁷⁾。その方法の一つとして、医療機関に非営利性を要求することにより患者のモニタリング・コストの低下を図ろうというものである。

もつとも、Easley and O'hara (1983) が理論モデルによって示したように、配当制約の方式によって機会主義の抑制のレベルに違いが生ずることが考えられる。したがって、1) 非営利性（配当禁止制約）が医療機関の機会主義を抑制する、2) 患者は非営利性を信頼のシグナルととらえモニタリング・コストが低下する、という仮説は実証されなければその適否は論じられない。前者については、Weisbrod (1988) が、ナーシングホーム、精神障害者施設、精神医療施設の三種類の長期ケア施設のケアの質を調査して、非営利組織は営利組織より、情報の開示に積極的で、非営利組織の入居者（家族）のサービスや施設に対する満足度が高い、という調査結果を得た。また後者については、Holtmann and Ullmann (1993) はナーシングホームの入居に際して、非営利性が入居希望者にとって「信頼のシグナル」となっているかどうかという視点で調査し、ケアの内容に関する情報の入手が容易な人、ケアの質の評価が可能な人、必要とするケアが複雑でない人、危険回避度の低い人ほど営利のナーシングホームを選択する比率が高いという実証結果を得て、不完全情報下では非営利性が「信頼のシグナル」となっていることを傍証した。

2. 非営利組織の非効率性

これまでに述べたように民間非営利組織は利潤動機から解放されること、すなわち残余利益の請求者が存在しないことによって、機会主義が抑制され消費者との間の契約の失敗を回避させるという意味で不完全情報下の市場効率を向上させる。しかし、民間非営利組織にはこのような資源配分上の非効率の改善が期待できる反面、営利組織と比較して独自の非効率が発生する可能性がある。それはLeibenstein (1966) が X 非効率と呼んだ組織内部に生ずる非効率である。非営利組織に X 非効率が発生する主な原因には、①利潤追求圧力の低下による組織目的の拡散、②寄付や補助金によるコスト抑制誘因の

低下、が考えられる。非営利組織の行動目的は組織に課された使命の達成であるが、利潤追求を最終目的とする場合と比較してその評価は困難な場合が多く、かつ目的が拡散してしまう可能性が高い。また、資金的に十分な余剰のある組織は寄付や補助金を集めにくいいため効率的な組織運営の誘因の低下をもたらしかねない。

民間非営利病院に関する初期の理論研究は、非営利組織に X 非効率が発生する可能性を指摘したものが多いため、Newhouse (1970) による民間非営利病院の分析では、医師の効用関数は医療の質と供給量の関数であり、医師はトレードオフ関係をもつ質と量の最適な組み合わせを決定すると仮定した。その上で、非営利病院の医師は利潤追求の要請から解放されているため、技術に対する強い選好を反映して社会的に最適な水準より、質は高くなり（すなわち価格は高くなり）、供給量が小さくなる可能性を示唆した。Pauly and Redisch (1973) は、非営利病院を医師の協同体 (cooperative) ととらえた。医師は構成メンバーである自分たちの効用最大化を目的として医師一人当たりの純所得を最大化するように行動すると仮定した。その上で、医師は一人当たり純所得を最大化するように、同僚として新たに迎える医師の数を決定するという長期均衡モデルを想定した。このような医師のクラブが形成される状況では、たとえ病院全体の利益が増加しても医師数の増加によって医師一人当たりの所得が減少する事態を医師は好まないため、医師の雇用数が過少になる可能性があることを示した。Clarkson (1972) は非営利病院と営利病院の行動の差異を所有権 (property right) の視点から分析を行った。非営利病院では、マネジャー（医師）に残余利益の請求権がないため、①理事会も個々のマネジャーも長期的に病院の財産を増加させようとする動機は低下し、むしろ個人的な便益の向上に関心が向く傾向があり、②これらの行動を抑制するために、利潤追求という単一目標を追求する営利病院と比較して、非営利病院は複雑で多様なルールが

マネジャーに課せられているという仮説を立て、この仮説を検証した。

このように、民間非営利組織は出資者からの利潤追求を求めるガバナンスが弱いため、①不完全情報下での機会主義を抑制する可能性（不完全市場における資源配分上の非効率の改善）と②組織内部の資源の効率的活用に失敗する可能性（X非効率の発生）という効率に関する二つの可能性を持つと考えられる⁸⁾。

Ⅲ アメリカの営利病院のパフォーマンス

医療分野における営利病院のプレゼンスが先進国の中で最も大きいアメリカでは1980年代以降に営利病院と非営利病院のパフォーマンスの違いについて多くの実証研究が行なわれた。これらの実証研究の一部をサーベイし、以下の二つの非営利組織の効率性に関する仮説を検証してみよう。

- 1) 営利病院は非営利病院より組織運営上の非効率性（X非効率）は低いか。
- 2) 情報の非対称性が存在する医療市場において、営利病院は機会主義的行動として、①サービスの質の低下、②利益を重視したクリームスキミングを行なわないか。

1. 営利病院の運営効率は高いか

組織運営の効率性を測定する厳密な尺度を探することは難しいが、営利病院推進者が暗黙に主張していることは営利病院は非営利病院より安く良いサービスを提供できるということであるから、組織の運営効率の近似的な尺度としてコストおよび利益率をとりあげる。

Becker and Sloan (1982) は、1979年の全米データを用いて、営利病院、民間非営利病院、公立病院の財務状態の比較を行ない、1) 営利病院は患者1人1日当りコストでは非営利病院より高いが、在院日数が短いため1件当りコストでは有意差がなく、かつ2) コストに対する収入

(利益率) にも有意差が無いことを示した。Sloan and Vraciu (1983) は、1980年のフロリダの病院について民間非営利病院と営利病院 (Investor-Owned Hospitals⁹⁾) の収益構造を調査し、1) 民間非営利病院と営利病院のコストに有意差は認められず、営利病院の中でチェーン病院は独立病院よりコストが低いことから、所有形態の違いよりシステム化 (チェーン化) の違いの方がコストに影響を及ぼすことを示し、2) (税引後) 利益率は民間非営利病院 (5.6%) は営利チェーン病院 (4.8%) より高いが、これは民間非営利病院にのみ適用される寄付や非課税措置の影響だとしている。Pattison et al. (1983) は1980年のカリフォルニアのデータを用いて、1) 患者1人1日当りコスト、1件当りコストとも営利チェーン病院は非営利病院より高い、2) 営利病院は非営利病院より収入が多い、3) 営利病院の方が収入が多い理由は補助的 (ancillary) サービスの中で利益率の高い、検査、放射線診断、投薬を増やし、利益率がマイナスなサービスを減らしているからである、という実態を明らかにした。Renn et al. (1985) は1980年の全米データを用いて営利病院 (チェーン型と独立型)、民間非営利病院 (チェーン型と独立型) および公立病院の比較を行い、以下の結果を得た。1) 営利チェーン病院は非営利病院と比較して1件当りコストに有意差はない、2) 営利チェーン病院は1件当り収入が多いため利益率は非営利病院より高い、3) 営利チェーン病院は非営利病院と比較して診療収入以外の収入 (寄付や補助金) が少ない、4) 管理部門コストおよび負債/資産比率は営利チェーン病院が最も高く、その結果、営利チェーン病院の資本コスト比率が最も高い。Watt et al. (1986) は1980年の全米データを用いて次の結果を得た。1) 営利病院は非営利病院と比較して入院患者1人1日当りコストは1.07倍、1件当りコストも1.05倍で、2) 在院日数に大きな差がない。3) しかし営利病院は非営利病院と比較して1日当り収入は1.24倍、1件当り収入は1.22倍と高く、

コストの差以上に大きい。4) その結果、営利病院の利益率は非営利病院より高い。また、5) 営利病院の方が、管理コストが高く、従業員数は非営利病院より少ないが従業員一人当りのコストが高い。

これらのサーベイから営利病院の効率性に関して概ね以下のようなことがいえる。

- (1) 営利病院は非営利病院と比較して同程度かそれ以上のコストがかかる。その理由としては、①管理コストが高い、②施設が比較的新しいため資本コストが高い、③寄付、補助金、非課税措置がないため借入に伴う資金コストが高い、といったことが考えられる。
- (2) 営利病院は非営利病院と比較して同程度かそれ以上の利益率をあげている。その理由としては、営利病院は高い料金設定や利益率の高い補助的サービスの積極的提供といったマーケティング戦略の展開が考えられる。後述するように不採算な患者のスキミングや不採算な医療行為の抑制なども併用されている可能性もある。

このように、この時期の実証研究では、営利病院の組織運営が効率的であるためにコスト削減に成功したという実証結果はほとんど見つけることができなかった。これに対して、ナーシングホームを対象とした多くの調査結果によれば、営利組織は非営利組織よりコストが低いことを多くの調査結果が示している。Bishop (1980) の調査では、営利ナーシングホームは非営利ナーシングホームより1人1日当りコストが2.5～7.0ドル低かった。また、Arling et al. (1987) の調査では、患者1人1日当りコストは公立および民間非営利組織が、42.1ドル、営利組織36.8ドル、チェーン展開している営利組織34.8ドルであり、営利、特にチェーン展開しているナーシングホームのコストが低いことを明らかにした。Schlesinger et al. (1987) は、このコストに関する病院とナーシングホームの違い

は医師の関与の違いであるとしてとらえている。すなわち、医師のプロフェッショナリズムは、営利動機から生ずる機会主義を抑制しようと機能すると同時に、自己の自律性を維持しようとして効率化という組織目的を緩和させる機能も果たしていると考えられる。

2. 営利病院の医療の質は低いか

医療の質をどうとらえるかはさらに難しい問題であり、病院の所有形態と医療の質との関係を明確にとらえた調査は必ずしも多くはない。Donabedian (1980) の評価分類のうち、構造(設備、マンパワーなど)と結果(医学的転帰、患者満足など)について評価した調査の結果を見てみよう。Watt et al. (1986) が1980年の全米データを用いて行なった調査では、営利病院は非営利病院と比較して、患者1人当たり従業員数は87%、ベッド当りの診療空間は88%と構造面でやや劣るという結果を得た。Renn et al. (1985)も1980年の全米データを用いた調査で、営利チェーン病院は非営利病院と比較して1患者当りの従業員数が少なく、1病床当りの固定資本額が小さいという結果を得た。Schlesinger and Dorwirt (1984) が行なった1982年の精神病院に関するデータを用いた調査では、スタッフの実動時間を患者数で割った値は、民間非営利病院は営利病院と比較して精神科医が3.4倍、心理学者が4.0倍、ソーシャルワーカーが1.5倍であった。一方、医療の質のうち結果に関するものとしては、営利病院、非営利病院の間に入院中の死亡率、再入院率などについて有意差がないことをGaumer (1986) は指摘している。Gray et al. (1986) もInstitute of Medicineが1983年に行なった営利病院と非営利病院の比較調査結果を引用して、営利病院と非営利病院の質に関する差は小さく、差の方向は一定でないと結論づけている。

これに対して、ナーシングホームを対象に行なわれた調査では、営利組織は非営利組織よりコストが低く質も劣るという結果が多い(Hawes

and Phillips (1986))。この違いを、コストの場合と同様に、医師の関与の程度の違いによるものだとする見方も多い(Majone (1984), Schlesinger et al. (1987))。すなわち、医師のプロフェッショナリズムは組織の目的を緩和させるため、効率化の推進にはネガティブに働く可能性がある反面、営利動機によるサービスの質の低下を抑制する可能性があると推測できる。

3. 営利病院はクリームスキミングを行なうか

営利組織が利潤動機によりクリームスキミングを行なうか否かは、国民皆保険制度を採用していないアメリカにとって重要な意味をもつためであろうか、比較的多くの実証研究が行われてきた。クリームスキミングには、①支払能力が大きい住民のいる地域を選択して病院を開設する、②保険で十分カバーされない不採算(uncompensated)な医療を提供しない、③支払能力のない患者に対するサービスの提供に消極的な態度をとる、という三つの方法が考えられる。それぞれについて検討してみよう。

(1)立地選択

Bays(1983)が1971年から1977年の全米データを用いて行なった調査では、営利病院の病床シ

ェアはその地域のメディケア適用者数および私的保険の加入者数と正の相関があったが、その地域の人口当りの所得水準とは有意な関係が認められなかった。また、Mullner and Hadley (1984)は、1973年から1982年のデータを用いて、営利チェーン病院のベッド数の増加率は、人口増加率、一人当たり所得増加率、医療保険からの支給額の増加率によって影響を受けることを明らかにした。これらの調査から、営利病院の立地選択にはその地域の住民の支払能力を考慮して行なわれていることがわかる。

(2)不採算な医療(uncompensated care)の抑制

Schlesinger and Dorwirt (1984)は精神病院の不採算なサービスとして緊急電話サービス、自殺防止サービス、ホームケアの三つに注目し、これらのサービスの実施状況を調べた。表3はこれらの実施割合であるが、営利病院の不採算サービスの実施率が低いことがわかる。またRundall et al. (1988)が1985年にカリフォルニアで行なった調査では、収入に占める不採算医療の割合は、公立病院(教育)、公立病院(非教育)、民間非営利病院(教育)、民間非営利病院(非教育)、営利病院の順に低下していることがわかった(表4)。公立病院と民間病院との差は

表3 精神病院における3種類の不採算なサービスの実施割合(%)

	営利病院	民間非営利病院	公立病院
緊急電話サービス	5.0	19.0	15.6
自殺防止サービス	3.0	23.0	11.4
ホームケアサービス	3.1	22.4	25.8

出所 Schlesinger and Dorwirt(1984)

表4 不採算な医療が収入に占める比率(%)

	81-82年	82-83年	83-84年	84-85年
民間非営利病院(教育)	3.3(%)	3.5(%)	3.6(%)	4.7(%)
公立病院(教育)	24.1	22.5	19.3	22.9
民間非営利病院(非教育)	2.7	2.7	2.7	2.9
公立病院(非教育)	12.0	12.1	12.1	11.6
営利病院	2.6	2.5	2.7	2.7
州全体	4.5	4.2	4.5	4.8

出所 Rundall et al.(1988)

大きい、営利病院と民間非営利病院との差はそれほどではない。また教育病院であるか否かが病院の収益に大きな影響を与えていることがわかる。Shortell et al. (1986) は、病院の裁量度が高いと思われる標準的なサービスの範囲を超える救急サービス、健康促進サービス、ホームケア等を代替サービス (alternative service) と定義し、その実施状況を調査した。その結果は民間非営利病院の方が営利病院より代替サービスの供給に積極的であり、代替サービスの中で採算のとれるサービスの比率が高いのは営利病院であった (表5)。

Sloan et al. (1986) の調査では、不採算な医療が総収入に占める割合は、営利病院が1~2%であるのに対して、非営利病院は3~4%であった。またInstitute of Medicine (1986) が1982年と1983年に4つ州で行なった調査では、不採算医療の収入に占める比率は、営利病院が3.4%~3.8%であるのに対し、非営利病院は5.5~5.9%であった。

これらの調査結果から、営利病院は非営利病院より採算の取れないサービスの供給に消極的であるといえる。

(3) 支払能力の劣る患者のスクリーニング

加入している保険がメディケアのみの患者あるいはメディケイド患者はサービスの支払対象が限定されるため病院がスクリーニングする可能性が考えられる。Sloan and Vraciu (1983) が1980年のフロリダのデータを用いて行なった調査では、民間非営利病院と営利病院 (Investor-Owned Hospitals) との間にはメディケア患者およびメディケイド患者の全体患者に占める割合に統計的有意差は認められなかった。しかし

表5 代替サービスの実施状況

	営 利 病 院	民間非営利病院
代替サービスの数	6.86	9.16
利益の出る代替サービスの割合	82.8%	74.5%

出所 Shortell et al.(1986)

Homer and Rushefsky (1984) はこの調査に反論を加え、1980年の病院費用抑制委員会(HCCB)のフロリダにおけるデータでは、患者全体に占めるメディケイド患者の割合は、営利病院 (Investor-Owned Hospitals) 2.3%、民間非営利病院3.3%、公立病院7.5%であり、低所得者の受入に民間非営利病院と営利病院に差があり、さらに公立病院と大きな違いがあることを示した。一方、Renn et al. (1985) が行なった1980年の全米データを用いた調査では、メディケア患者の入院に関して民間非営利病院と営利チェーン病院との間に有意差は認められなかった。

1984年に実施されたアメリカ医学協会のアンケート調査の結果によれば、無保険者の入院に消極的な態度をとるのは、公立チェーン病院9%、民間非営利チェーン病院19%、営利チェーン病院52%であり、メディケイド患者の入院に消極的な病院は同じく3%、6%、16%であった。Schlesinger et al. (1987) は上記のデータを回帰分析にかけ病院の所有形態の影響だけを取り出して、次の結果を得た。1) メディケイド患者に対する消極的な入院指導は、営利病院と非営利病院の間に有意な違いはないが、2) 無保険者の入院に対して営利病院は非営利病院より有意に消極的な態度をとっている。また、Schlesinger and Dorwirt (1984) は、支払能力のない患者に対して料金の引下げを行なうのは営利病院より非営利病院の方が多という仮説の下、精神病院の選択に際し、料金の値引き (reduced charges) を施設選択の理由にあげた患者の家族の比率を調査したところ、営利病院4.7%、非営利病院9.0%、公立病院16.7%であった。

以上のスクリーニングに関するサーベイを総括すると、以下のようにまとめられる。

- 1) 営利病院は民間非営利病院より住民の支払能力が大きい地域に選択的に参入する傾向が認められる。
- 2) 営利病院は民間非営利病院より不採算な医療の供給に消極的である。
- 3) 患者のスクリーニングについてはメディケア

患者では有意差が認められないが、メディケイド患者や無保険者の受入については、営利病院は民間非営利病院より消極的である。

IV わが国における営利病院参入の課題

以上のサーベイを踏まえて、わが国における営利法人による医療機関経営に関する問題を検討してみよう。

1. 営利病院の賛成意見と反対意見

規制緩和小委員会が展開している規制緩和の一環として営利病院を認めるべきであるという意見（規制緩和派）を集約すればつぎのようなものである。

- 1) 営利性の導入、すなわち営利法人による病院経営により現行の非営利組織に対する運営効率の悪さ（X非効率）を改善することができる。
- 2) 利潤動機が引き起こす機会主義的行動により医療の質が今以上に低下するという批判は以下の理由で適当ではない。
 - ①直接的なサービス供給を行なう医師のプロフェッショナルリズムが質を担保する。
 - ②現行の医療法人制度の大半は出資財産を保障される持ち分のある社団であり、営利法人との違いは配当禁止制約だけであり、その行動において営利法人と大差ない¹⁰⁾（表6）。

これに対して、営利病院を認可することに対して慎重な姿勢をとる意見（規制維持派）を集

約すると以下の通りである。

- 1) 医療市場は不完全情報であるため利潤動機により機会主義が誘発される。
- 2) 利潤動機は不採算であっても社会的に必要である医療サービスの供給を抑制させる。
- 3) 参入の増加により医療供給が増加して、医療費を増加させる。

このように、両者の主な意見は、これまで議論してきた非営利組織のもつ二種類の効率性に関するものであり、その意味ではどちらの主張も仮説的には正しいといえる。重要なことは、実際に営利病院が認可された場合、どちらの効果が強く働くかを見極めることである。

2. 営利法人の医療機関経営に伴う検討課題

これまでの研究サーベイを参考に営利法人の医療機関経営に伴う検討課題について考察し、私見を述べる。

(1) 効率化のプロセスの再検討

営利法人の参入によって病院経営の効率性が改善するというのが規制緩和論者の基本的な考え方であるが、この主張の説得力を高めるために、効率化はどのようなプロセスでおこなわれるのかという点を明確にする必要がある。

効率化のプロセスにはふたつ考えられる。第一は、規制緩和→新規参入者の増加→競争激化→効率化の推進→社会的便益の向上というミクロ経済学が想定するシナリオである。しかし、1) 現在の病院はそれほど収益率の高い産業ではないため参入の誘因はそれほど高いとは思われない、2) 病床の供給量は事実上マンパワー

表6 医療法人の非営利性

	法人数	所有権の帰属	利益配当	税制上の優遇
医療法人総数	23404			
財 団	441	無	禁止	無
(特定医療法人)	(60)	無	禁止	有
社 団	22963			
持ち分有り	22787	有	禁止	無
持ち分無し	176	無	禁止	無
(特定医療法人)	(153)	無	禁止	有

医療法人数は厚生省調査（平成7年度3月末現在）

の量に制約を受けるが、マンパワーの供給量は専門的教育が必要なため急激には増やせない、3) 病床規制などの参入障壁が存在する、といった理由で営利法人の病院経営が認可されたとしても新規参入はどれほど増加するのか不確実である。さらに、もし供給量が増加し競争が激化したとしても、これまで議論してきたように、医療市場の情報の非対称性の存在により、競争圧力が病院の機会主義的行為を引き起こす可能性を否定できないため、競争激化→効率化の促進、というプロセスが期待できるのか不確かである。

想像できるもう一つの効率化のプロセスは、マネジメント機能の優れた営利法人が病院経営を行なって費用削減や患者満足等において高いパフォーマンスをあげ、周囲の非営利病院の経営を脅かすことを通じて非営利病院のマネジメント改善の誘因が高まるというノウハウの伝播を通じた効率化のプロセスである¹¹⁾。このような効率化の浸透プロセスが展開される可能性はあるものの、このプロセスによって社会的な便益が向上すると主張するためには「営利病院のX効率性は非営利病院より高い」(=安くて良い医療を提供できる)という前提を吟味してはならない。以下、この点を検討してみよう。

(2) 営利病院の効率性の検討

① アメリカにおける実証結果

アメリカにおいて営利病院が急成長した際、「営利病院の効率的な経営管理によるコスト引下げが非営利病院に対する比較優位を持ち得た理由だ」という仮説を多くの人が持った。しかし、多くの実証分析の結果は、営利病院は非営利病院と比較して、1) コストは高いか同程度、2) 利益率は高いか同程度、3) 利益率の高いサービスへのシフトを積極的に行なう、というものであった。すなわち、成長の理由は効率化によるコスト削減というより、効果的なマーケティング戦略によるものだということであり、当初の仮説を棄却した実証結果が多かった

(Pattison et al. (1983))。

② 営利病院がコスト優位性を発揮できない可能性

わが国の医療制度の下で営利病院が必ずしもコスト優位性を発揮できない理由として次のような可能性が考えられる。

○ 供給者誘発需要の発生

医師は利潤追求という組織目標に対する緩衝材となりうるが、同時に、医師報酬に経済的インセンティブを組み込むことにより誘発需要を引き起こすことも確認されている。Hemenway et al. (1990) の調査によると、救急サービスの営利チェーン組織において定額給与から個々の医師の診療行為から生じた収入額に比例したボーナスを支給するように変更したところ、15人の医師の平均で、患者1人当りの検査回数が23%増加、X線診断回数が16%増加し、1ヶ月の組織の収入は20%増加した。このことは、利潤追求目的で組織内に経済的インセンティブが構築されれば医療内容が濃厚になり、病院の収入は増加するが、コストも上昇する(病院の利益率は向上する)という供給者誘発需要が発生する可能性があることを示唆している。

○ 資金調達上のメリットを得られにくい

営利法人には資金コストの低い株式発行による資金調達が認められており、これが非営利法人に対するコスト優位性となることは理論上考えられる。特にわが国の医療法人は非課税措置が適用されないため営利組織のエクイティファイナンスによるコスト優位性は大きい。しかし、現実には病院事業の収益力およびわが国の株式市場の上場基準から判断して単体で株式市場へ上場するのは難しいと考えられる。

○ 労働市場での比較劣位の可能性

医師をはじめとする医療従事者は、営利病院での勤務はプロフェッショナルとしての自由裁量権 (professional freedom) の低下につながる

と懸念する可能性が高い (Majone (1984))。このため営利病院が優秀なスタッフを獲得するためには、非営利病院より高い賃金の設定や魅力的な職場環境の整備が必要となり、結果的にコストが上昇することが考えられる。アメリカにおいて、営利病院は非営利病院より常勤職員の平均賃金が10%高いという報告もなされている (Watt et al. (1986))。

③非営利組織にはX非効率が生ずる制度的特徴があるのか

組織目標の拡散や寄付・補助金による競争圧力の低下が非営利組織にX非効率を発生させる原因であると述べたが、わが国の医療法人には事実上寄付や補助金の恩典はない。組織運営の効率化は営利組織でなければ達成できないという制度上の問題が現行の医療法人制度に内在しているのであれば改善の余地があるが、それが何であるか明確にされていない。効率化の推進の方策として規模の経済や範囲の経済の活用が考えられるが、非営利制度しか認められていないわが国においても病院のチェーン化かなり進んでいることが報告されている (川上、小坂 (1991)、二木 (1990))。また病院や福祉施設などの複数の機能を連携させて範囲の経済性を追求する方策も考えられるが、これも非営利組織でヘルスケア・コンプレックスといえる集団がすでに存在している¹²⁾。

(3)機会主義発生の可能性

わが国で営利法人による病院経営を認可した場合、医療の質とアクセスにどのような影響を及ぼすと予想できるであろうか。

①医療の質の低下

アメリカの実証研究では、営利病院と非営利病院との間に医療の質に関する有意な差は認められなかったが、ナーシングホームでは営利組織は非営利組織より質が低いという分析結果が多い。Schlesinger et al. (1987) は、これは病院

がナーシングホームより組織運営に医師の関与が大きいからであり、医師というプロフェSSIONナルの存在が利潤追求という組織目標に対して有効な緩衝材となっていると考えた。わが国でも医師の裁量権は大きい同様の機能を期待できるであろう。また、現行の医療法人は利益配当が禁止されていること以外は営利法人とほぼ同じ条件であり、現行制度下においても経営者 (医師) に利潤動機が働く可能性は十分あり得る。これらのことを考慮すれば営利法人が病院経営をすると今より医療の質が低下する可能性は低いと思われる。

②アクセスの公平性

すでに述べたように、医療のアクセスに関しては、1) 採算の取れる地域での立地、2) 不採算な医療の抑制、3) 支払能力不足の患者に対する消極的なサービス供給、の三つの視点から考えることができる。アメリカと異なり国民皆保険制度にあるわが国においては、病院の営利法人化に伴う問題として、3) については検討する必要はあまりないかもしれないが、1) と2) のような病院行動が目立つようになる可能性は否定できない。現行の診療報酬体系では個々の医療サービスの利益率はそれぞれの社会的便益を必ずしも反映していない。一般的には薬剤使用量が多い医療サービスの利益率は高く、資本集約的、労働集約的な医療サービスの利益率は低い (あるいは赤字である) 傾向がある。したがって、利潤動機は利益率の高い医療に偏重した医療供給を促し、これが地域ニーズと乖離する可能性が考えられる。しかも、多くの非営利病院は利益率の高いサービスと低いサービスを平行して供給し、部門間で内部補助 (外来部門から入院部門に対する事実上の補助など) しているため、利益性の高いサービス供給を偏重した営利病院の参入は、競争メカニズムを通じて非営利病院の供給する利益率が低い社会的ニーズのある医療供給を抑制させることも懸念される。

(4) 営利病院の参入がもたらすその他の検討事項

① 民間非営利病院との不公正競争

営利病院が営利企業の完全子会社または一事業部として設立される場合、親会社の収益事業の利益によって内部相互補助される可能性がある。規制緩和論者の中には、病院を医療現場のノウハウの蓄積により新規のヘルスケア事業を開発するための「研究開発部門」として位置づけようとするかのような意見を持つ人もいる。このようなシナジー効果を期待して設立された病院は採算を度外視して赤字分を親会社からの補助によって補填される可能性が高い。わが国では民間非営利病院に対しては補助金や非課税措置がほとんど適用されないのに対して、公立、公的病院には補助金、非課税措置が適用されており、この制度格差はキャピタルコストの補填等を巡って公立病院と民間病院との間に不公正競争を生じさせている。営利事業によって内部補助された営利病院が出現することは、明確な医療機能の分担がなされていない現状において、民間病院はさらに不公正な競争環境に直面することにはならないだろうか。

② 医療の継続性と効率性

近年の医療の多くを占める慢性疾患の治療の場合、1) 治療は長期化する、2) 過去の病歴や治療歴が重要、3) 患者固有の治療に関する選好基準や生活関連情報などが必要となる場合がある、などの理由で、医師と患者の関係は長期的に構築されることが望ましい。したがって医療の場合、供給の継続性・安定性という基準が重要となる。もちろん、地域ニーズに十分応えていない医療機関が先に開業したという事実を参入障壁として新規参入を抑えて、何ら改善のないまま経営し続けるのは社会的に非効率であり、その場合は速やかな市場からの撤退が求められる。しかし、収益性に短期的に反応して診療科目や病院機能自体の撤退が頻繁に行なわれるようでは問題がある。営利病院と非営利病院

とではどちらが医療の継続性が高いのであろうか。営利病院には様々なタイプが考えられるが、ここではすでに何らかの事業を展開している営利法人が多角化の一環として病院を経営するケースに限定して検討してみよう。

営利法人、特に大企業が病院経営を行なう場合は、1) 医療以外の事業展開が容易であるため撤退障壁が低く、かつ他の事業との比較により病院部門の期待収益率が比較的高く設定されることが予想されるため医療の継続性が低くなるという見方と2) 医療分野の採算性が低下しても他の事業部門からの内部補助により医療の継続性は向上するという見方があり得る。実際にはどちらの効果が大きいかわからないが、Shortell et al.(1986)は特定の医療サービスのうちでチャリティケア（料金を引き下げて不採算となるケア）の比率を調査した結果、非営利病院では競争の程度によってチャリティケアの比率はあまり変化しないが、営利病院では競争度が高いほどチャリティケアの比率は有意に低下することが分かった（表7）。このことは営利病院ほど収益の悪化というシグナルに対して不採算部門から撤退する反応がすばやいことを意味しているとはいえないだろうか。

さらに営利法人の病院経営と医療の継続性に関して検討すべき課題としては景気変動の影響がある。現行の医療保険制度の下では病院経営は一般の営利事業と比較して景気変動による影響は小さい。しかし、営利事業を展開している法人が（子会社方式であろうと事業部方式であろうと）病院経営を行なう場合は、他の事業の収益変化を介して景気変動の影響を病院経営に及ぼすことが考えられる。1980年代後半の景気拡大期（いわゆるバブル景気）に、多くの企業

表7 競争度とチャリティケア

競争度	営利病院		非営利病院	
	高	低	高	低
チャリティケアの比率(%)	29.5	44.2	31.9	36.8

出所 Shortell et al.(1986)

は積極的に異業種へ進出したが、それに続く長い不況の過程で多角化した事業から撤退した企業は少なくない。病院経営の非営利制約は資本主義社会では避けられない景気変動の影響を軽減させる機能を果たしていると考えられるが、営利法人による病院経営は景気変動の医療供給に対する影響を増加させる可能性がある。医療といえども経済成長の制約を受けるのは当然だとしても、病院経営が景気変動のリスクにさらされる可能性が高まることにはどのような合理性があるのだろうか。

おわりに

現在の医療システムのもつ閉鎖性、不透明性、硬直性を改善し、新しい変革をおこす上で医療分野の諸々の規制を緩和することは意義のあることである。また営利法人が蓄積している優れた経営管理技法は病院経営に取り入れるべきであろう。営利企業と密接な関係の下、優れたシナジー効果をあげることも社会的に期待される。しかし、医療費適正化、医療の効率化の手段として営利病院を積極的に参入させようという政策がとられた国はない。医療の市場化が最も進んだアメリカは医療費インフレとアクセスの制約に悩んでいる。

したがって、わが国においても医療の抱える問題の解決策として営利法人による病院経営は有効な処方箋であるとは思えない。しかし、この問題をきっかけに医療や福祉における公私分担のあり方、さらに医療法や医療法人制度などの制度上の問題を再検討するきっかけとなった「外部効果」を考慮すれば歓迎すべき提言だといえるだろう。これを契機に、様々な問題を含んでいる医療供給制度に関して、多様な議論が展開されるべきである。

注

1) Wagstaff and Doorslaer(1992)によれば、デンマーク、

イギリス、イタリア、日本、オランダ、フランスは医療費の7~8割が公的な財政方式によって支払われているが、アメリカとスイスは医療費の半分以上を私的な方式で支払われている。またデンマーク、イギリスは税の比率が高く、オランダ、フランスは社会保険の比率が高く、イタリアは税と社会保険の比率がほぼ同じである。

- 2) Hansmann(1981)によれば、民間非営利組織に対して営利組織には認められない非課税措置が適用される根拠として、1) 利益配当が禁止されていることにより非課税分が価格引下げなどの形を通じて消費者の利益に還元される可能性が高いことと、2) 新株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内部留保を促進させることをあげている。
- 3) 国営医療を展開しているイギリスやスウェーデンは公立組織が大半である。また、フランスは病院数の3割、病院病床数の7割が公立であり、公立組織のウエイトが高い。日本は病院数で2割弱、病院病床数で2割強が公立組織であり、民間非営利組織のウエイトが高い。アメリカは短期病院は民間非営利組織、長期病院は公立組織という基本構造がみられるが、営利病院が認められており70年代後半以降そのプレゼンスを拡大している。
- 4) 民間非営利組織の存在理由に関する経済学的視点からのサーベイは遠藤(1996)を参照。
- 5) 機会主義(opportunism)とは、相手との情報格差など有利な状況を利用して、自己利益の追求を行なうことである。
- 6) 医療における4タイプの情報の非対称性の存在から生ずる非効率に関しては遠藤(1994)を参照。
- 7) 本稿の内容はエージェンシー問題として扱うこともできるが、以下の理由で「所有権の理論」の範疇で扱うこととした。

① 営利企業におけるエージェンシー関係は、株主(プリンシパル) マネジャー(エージェント) という枠組みでコーポレート・ガバナンスの問題として扱われる場合が多く、これを民間非営利組織に応用したFama and Jensen(1983a,b)やHansmann(1988)もドナー(プリンシパル)、マネジャー(エージェント)という同様の枠組みを用いている。一方、医療経済学では患者(プリンシパル)、医師(エージェント)という枠組みでとらえるのが一般的である。本稿の議論では、株主、医師(マネジャー)、患者という三者が登場するため、株主(プリンシパル)患者(プリンシパル)医師(エージェント)という変則的な関係を扱わなくてはならなくなり、それにより生ずる混乱と複雑さを回避した。

②Fama and Jensen(1983)が示すようにresidual

claimantに関する問題がエージェンシー理論と所有権理論を事実上連結していると思われるので、あえてエージェンシー関係を強調しなかった。

- ③エージェンシー理論は、有効な代理人機能を果たさせるためのインセンティブやモニタリングの方法を構築する上で有力な視座を与えるが、本稿の議論は組織の所有形態の違いだけに着目しているため所有権の理論のコンセプトを重視した。
- 8) 非営利組織の非効率性に関する研究が先行し、1980年代に入り市民や企業によるフィランソビー活動やその受け皿となる民間非営利組織の重要性が拡大するにともない民間非営利組織の存在意義を明らかにする目的で非営利制約が不完全情報下の資源配分効率を向上させる点に注目されるようになっていった。
- 9) for-profit hospitalには大別して、所有者が直接経営に当る比較的小規模のproprietary hospitalと複数の病院を所有し、中央で集中的に管理される大規模なInvestor-Owned hospitalに分かれる。
- 10) 日本の民間病院の中核を占める医療法人は、医療法により利益配当の禁止制約は課せられているものの、医療法人の9割以上を占める持ち分のある社団の場合、①出資が個人財産として保障されているため所有権が出資者に帰属しており、②法人税などは営利法人と同様に課税される、など営利組織としての特徴も併せ持った営利組織と民間非営利組織の混合形態である。
- 11) 沼上(1993)が電卓産業に見出したように、一般の産業においても弱肉強食の自然淘汰のメカニズムではなく、競争者間の相互の模倣のプロセスを通じて次々と革新が生まれ伝播していく可能性は高い。
- 12) たとえば社会福祉法人聖隷福祉事業団は、1994年現在で、総合病院2施設(758床、744床)、検診センター2施設、老人保健施設1施設、特別養護老人ホーム4施設、軽費老人ホーム1施設、身体障害者療護施設1施設、老人ホーム4施設、老人訪問看護ステーション1施設、保育園6施設を保有し、さらに系列の複数の事業団でもさまざまな福祉事業を展開している。これらの施設の連携により明確に範囲の経済性が発揮されているかどうかはわからないが、非営利組織でも範囲の経済性を追求することが可能であることを示唆している。

※適切な問題点の指摘をいただきましたレフリーの先生に謝意を表します。

参考文献

- Akerlof, A. (1970) "The Market for Lemons: Qualitative Uncertainty and The Market Mechanism" *Quarterly Journal of Economics* (August) 17, 488-500.
- Arling, G., R. Nordquist and J. Capitman (1987) "Nursing Home Cost and Ownership Type: Evidence of Interaction Effect" *Health Services Research* 22:2 (June) 255-269.
- Arrow, K. (1963) "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care" *American Economic Review* (December) 53, 941-73.
- Bays, C. (1983) "Patterns of Hospital Growth: The Case of Profit Hospitals" *Medical Care* 21:850-57.
- Becker, E. and R. Sloan (1982) "Hospital ownership and Performance" *Economic Inquiry* 23:21-36.
- Bishop, C. (1980) "Nursing Home Cost Studies and Reimbursement Issues" *Health Care Financing Review* 2:47-64.
- Clarkson, K. (1972) "Some Implications of Property Rights in Hospital Management" *Journal of Law and Economics* 15:363-384.
- Easley, D. and M. O'hara. (1983) "The Economic Role of Nonprofit Firms" *Bell Journal of Economics* (Autumn) 14, 531-538.
- Ermann, D. and J. Gabel (1984) "Multihospital Systems: Issues and Empirical Findings" *Health Affairs* 3:54.
- Ermann, D. and J. Gabel (1985) "The Changing Face of American Health Care: Multihospital Systems, Emergency Centers and Surgery Centers" *Medical Care* 23:410-20.
- Fama, E. and M. Jensen (1983a) "Agency Problems and Residual Claims," *Journal of Law and Economics* (June) 26:327-350.
- Fama, E. and M. Jensen (1983b) "Separation of Ownership and Control" *Journal of Law and*

Economics (June) 26:301-326.

Gaumer, G.(1986) "Medicare Patient Outcomes and Hospital Organizational Mission" In For-Profit Enterprise in Health Care, ed. B. Gray. Washington, DC:National Academy Press.

Gray, B. and W. McNemy(1986) "For-Profit Enterprise in Health Care:The Institute of medicine Study" New England Journal of Medicine 314:1523-28.

Hansmann,H.(1980) "The Role of Non-profit Enterprise" The Yale Law Journal (April) 89:835-898.

Hansmann,H.(1981) "The Rationale for Exempting Nonprofit Organizations from the Corporate income Tax" The Yale Law Journal (November) 91:54-100.

Hawes, C. and C. Phillips (1986) "The Changing Structure of the Nursing Home Industry and the Impact of Ownership on Quality, Cost, and Access" In For-Profit Enterprise in Health Care, ed. B. Gray. Washington, DC:National Academy Press.

Hemenway,D.(1990) "Physician's Responses to Financial Incentives" New England Journal of Medicine 322:1059-63

Homer, C.,D. Bradham, and M. Rushcfsky (1984) "Investor-Owned and Not-For-Profit Hospitals:Beyond the Cost and Revenue Debate" Health Affairs 3:133-36.

Holtmann,A. and S.Ullmann (1993) "Transactions Costs, Uncertainty and Not-for-Profit organizations: The Case of Nursing Homes" in Ben-Ner,A. and Gui,(ed.) The Nonprofit Sector in the Mixed Economy, The University of Michigan Press.

Leibenstein,H.(1966) "Allocative Efficiency vs.' X-Efficiency' " American Economic Review (June) 56:392-415.

Majone,G.(1984) "Professionalism and

Nonprofit Organizations" Journal of Health Politics and Law (Winter)8:639-659.

Mullner, R. and J.Hadley(1984) "Interstate Variations in the Growth of Chain-Owned Proprietary Hospitals,1973-1982" Inquiry 21:144-151.

Newhouse,J.(1970) "Toward a Theory of Nonprofit Institutions:An Economic Model of a Hospital" American Economic Review 60:64-73.

Pauly,M. and M. Redisch(1973) "The Not-for-Profit Hospital as a Physicians' Cooperative" American Economic Review 63:87-99.

Pattison, R. and H. Katz(1983) "Investor-Owned and Not-For-Profit Hospitals:A Comparison Based on California Data. New England Journal of Medicine 309:347-53.

Renn, S., C.Schramm,J.Watt and R.Derzon (1985) "The Effects of Ownership and System Affiliation on the Economic Performance of Hospitals" Inquire 22:219-36.

Schlesinger, M., J. Bentkover, D. Blumenthal, R. Musacchio, and J. Willer(1987) "The Privatization of Health Care and Physicians' Perceptions of Access to Hospital Services" The Milbank Quarterly 65 (2):25-58.

Rundall,T.,S.Sofaer and W.Lambert(1998) "Uncompensated Hospital Care" Advances in Health Economics and Health Services Research 9:113-133

Schlesinger, M. and R. Dorwirt(1984) "Ownership and Mental Health Care:A Reappraisal of the Shift to Privately Owned Facilities" New England Journal of Medicine 311:959-65,

Shortell,S.,E. Morrison, S. Hughes, B. Friedman, J. Coverdill, and L. Berg(1986) "Hospital Ownership and Nontraditional Services" Health Affairs 5:97-111.

Sloan, F. and R. Vraciu(1983) "Investor-Owned and Not-For-Profit Hospitals:

Addressing Some Issues" Health Affairs 2:25-37

Sloan,F. ,J.Valvona and R.Mullner(1986) "Identifying the issues:a statistical profile." In:Sloan,F. ,F.Blumstein and J.Perrin,(ed.) Uncompensated hospital care:rights and responsibilities. Baltimore:Johns Hopkins University Press:16-53.

Wagstaff,A. and E.Doorslaer(1992)"Equity in finance of health care:Some international comparisons" Journal of Health Economics 11:361-387

Watt M.,R.Derzon,S.Renn, C.Schranmm, J.Hahn and G.Pillari(1986) "The comparative economic performance of investor owned chain and not for profit hospitals" New England Journal of Medicine 314:89-96

Weisbrod,B.(1988) The Nonprofit Economy, Cambridge:Harvard University Press.

遠藤 久夫、1996年、「民間非営利組織(NPO)の経済理論：非効率な存在から「政府の失敗」「契約の失敗」の補完的存在へ」『東海大学紀要：政治経済学部』第28号

遠藤 久夫、1995年、「医療における営利性と非営利性：民間非営利組織とサービスの質」『医療と社会』医療科学研究所 5, 27-42.

遠藤 久夫、1994年、「医療のネットワーク化と情報：組織間連携と取引コストアプローチ」『医療経済研究』医療経済研究機構1,83-92.

川上 武・小坂富美子、1991年『医療改革と企業化：日本医療の構造分析』勁草書房

二木立、1990年、「現代日本医療の実証分析：続 医療経済学』医学書院

西 三郎、1996年、「医療分野における規制緩和：営利法人による医療機関の経営等」『ジュリスト』1082、1-15、116-122.

沼上幹・浅羽茂・新宅純二郎・網倉久永、1992年「対話としての競争」『組織科学』26:2

The effects of ownership on the economic performance of hospitals

Will for-profit hospitals improve the efficiency
in Japanese healthcare sector?

Hisao Endo, M. B. A. *

Recently some people advocate for-profit hospitals which are not approval should be authorized in Japan. They emphasize the profit motive improves the economic performance of hospitals. Then I try to examine the differences in the efficiency between for-profit and nonprofit hospitals by survey of the comparative studies in the United States. Although there is a common belief that for-profit hospitals are more efficient or less costly than are nonprofit hospitals, these studies of hospitals provide no evidence to support it. Moreover many studies show for-profit hospitals are more likely to avoid unprofitable patients in cream-skimming way. These studies imply to support the hypothesis that for-profit status are more likely to take opportunistic behaviors in information asymmetry market. From the result of this survey and a careful observation about Japanese healthcare , I conclude that an approval of for-profit hospitals will not contribute to improve the efficiency in Japanese healthcare sector and may cause new problems; unfair competition, unstable supply for service etc.

[key words]

for-profit, nonprofit, information asymmetry, professionalism, opportunism

* Associate Professor, School of Political Science and Economics, Tokai University