

## アメリカにおける先行研究にみる営利法人のパフォーマンス

学習院大学経済学部 遠藤久夫

### 1. 非営利性に関する二つの評価

#### (1) 非営利組織は効率的

非配当制約⇒利潤動機の抑制⇒医師－患者間の情報の非対称性に基づく機会主義を抑制

#### (2) 非営利組織は非効率的

- 組織目的が多様⇒全体として非効率（言い訳が成立）⇒供給者の独りよがり
- 非課税、補助金⇒市場圧力（＝需要者の声）を弱める

#### (3) 実証研究の必要性

### 2. 諸外国の営利病院

- 北欧等一部を除いて先進国では認められている。
- フランス、ドイツ、イギリスなどでは中小病院中心。大半は上場していないので資本市場からの資金調達にも限界。⇒日本の医療法人のようなもの
- アメリカの investor owned hospital と呼ばれる営利病院は大規模チェーンで資本市場からの資金調達可能。

### 3. アメリカでのパフォーマンス研究

#### (1) 効率性：コストは低いか

- 営利病院がコストが安いという例は少ない。

#### (2) 公平性：営利病院は利益の多い医療に偏るか

- 営利病院はコストが低くないのに利益率は高い⇒クリームスキミング（よい所取り）
  - ①高所得層居住地で立地、
  - ②不採算な医療サービスを抑制、
  - ③支払能力の乏しい患者（無保険者、メディケイド患者）の入院抑制

#### 4. 医療改革と営利病院

##### (1) 営利病院のパフォーマンス

- ① 欧州の営利病院は「株式会社のメリット」云々とは関係ない。
- ② アメリカの営利病院の investor owned hospital は株式会社としてのメリットを享受している。しかし、コストが有意に低いという実証結果はほとんどなく、クリームスキミングが認められる。

##### (2) 営利病院と医療改革

- ① 医療改革の政策メニューとして営利病院の振興を意図した国はない。
- ② アメリカの実態は尊重すべき。
- ③ 営利病院のメリットとされることが何なのかを明確にすべき（非営利形態では実行できないのか）。
- ④ 営利病院と非営利病院の資本調達上の不平等をどのように合理化するのか。
- ⑤ 営利病院参入の議論は、1) 医療法人の税制のあり方や2) 病院のマネジメントのあり方を再考させる上で有益であるが、それ以上のものではない。

以上

## 調査研究結果の概要

### ■4 力国の営利病院の位置づけ、実態

#### I. フランス

- ・ 有限会社、合資会社により設立され、外科や産婦人科の診療に特化した小規模病院が代表的である。株式会社立の大規模病院もあるが、例外的に少数存在するのみである。
- ・ ほぼ全ての営利病院が、疾病金庫との契約（入院費の日額単価ベース）により、公的医療保険の適用を受けている。（※例外的に、疾病金庫との契約を結ばず、高額な自由診療サービスを提供する病院が少数存在する。）
- ・ 営利病院は、公立病院及びこれに準ずる民間非営利病院と異なり、建設費に対する公的補助金の交付を受けられない。

#### II. ドイツ

- ・ 営利病院の病床数が全病床に占める割合は4.3%である。
- ・ 有限会社、合資会社により設立され、大型医療機器等を持たず一般手術、理学療法、リウマチ等のプライマリ医療に特化した小規模病院が代表的である。株式会社立の大規模病院も少数みられる。
- ・ 営利病院の72%が病院計画に組みこまれ、疾病金庫はこれらの病院に対する契約義務を負う。残り28%の病院に対しては、疾病金庫が契約義務を負わないため、病院が自ら疾病金庫との契約を行い、公的医療保険の適用を受けている。（※例外的に、疾病金庫との契約を結ばず、美容整形、伝統医学等の自由診療サービスを提供する病院が少数存在する。）
- ・ 病院計画に組み込まれた営利病院は、公立病院、民間非営利病院と同様に建設費に対する公的補助金の交付を受けられる。

#### III. イギリス

- ・ NHS制度外の病床数はNHS病院およびNHS信託病院病床数の1/24と少数である。
- ・ 民間保険会社、財団等の非営利団体により設立された病院チェーン傘下で、救急でない手術、短期入院等に特化した医療サービスを提供する小規模病院が代表的である。株式会社立の大規模病院も少数みられる。
- ・ 民間病院もNHS病院およびNHS信託病院と同様に、保健当局、GPファンドホルダーとの契約を行うが、実際に契約しているケースはまれである。従って大部分の民間病院は民間医療保険との契約により医療サービスを供給している。
- ・ 民間病院の建設費に対する公的補助金制度は存在しない。

#### IV. アメリカ

- ・ 大部分は株式会社により運営されている。特に近年では大規模病院チェーンの再編・合併が進んでいる。
- ・ 公的医療保険（メディケア・メディケイド）について、営利病院は他の全ての病院と同様の制度的扱いを受ける。
- ・ 資本費用は公的医療保険の診療報酬体系に包括されており、営利病院も他の全ての病院と同様に評価される。

■4 力国の営利病院関連制度の比較

		フランス			
		公立病院	民間非営利病院		営利病院
一般病床の割合		62.5%	10.1%	5.7%	21.7%
原語呼称		Establissemens publics (公立病院)	Establissemens privés à but non-lucratif PSPH (公的病院活動に参加する民間非営利病院)	Establissemens privés à but non-lucratif non PSPH (公的病院活動に参加しない民間非営利病院)	Establissemens privés à but lucratif (民間営利病院)
位置づけを規定する独自制度		公的病院活動すべて参加	参加を選択 (民間非営利の64%)	不参加を選択 (民間非営利の36%)	参加不可能
公的医療保険制度	公的医療保険の適用	全ての病院が予算給付を受ける		全ての病院が疾病金庫との契約可能 ※疾病金庫との契約を結ばず保険外診療のみを行う病院が非常に例外的に存在	
	診療報酬体系	診療費：料金表と医療行為表により決定 入院費：予算に基づき総額予算制により給付	診療費：料金表と医療行為表を参考に決定 入院費：疾病金庫との個別契約に基づく日額単価払い (単価は契約ごとに異なる)		
	公的医療保険の補完としての民間医療保険の位置づけ	・公的医療保険カバー範囲外の室料差額 ・特定の医師による自由診療などにおいて利用される			
建設費に対する補助金		交付される (自治体病院も補助金が受けられる)		交付されない	
税制	・非課税の寄付 ・免税債の発行	※不明			
	法人・事業税の減免	減免を受けられる		減免を受けられない	
経営者の要件	・医師であることの必要性	不要			

  

		ドイツ		
		公立病院	民間非営利病院	営利病院
一般病床の割合		60.0%	35.7%	4.3%
原語呼称		Öeffentliche (公立病院)	Freigemeinnuetzige (公益病院)	Private (私立病院)
位置づけを規定する独自制度		病院計画原則として参加	原則として参加	参加を選択 (営利の72%) 不参加を選択 (営利の28%)
公的医療保険制度	公的医療保険の適用	適用される (疾病金庫が契約義務を負う)		
	診療報酬体系	1件あたり包括払い (同じ体系が適用される) 特別報酬 (同じ体系が適用される) 患者1人あたり日額払い (同じ体系が適用される)		
	公的医療保険の補完としての民間医療保険の位置づけ	・公的医療保険カバー範囲外の室料差額 ・医長による指名診療などにおいて利用される		
建設費に対する補助金		交付される (自治体病院も補助金が受けられる)		交付されない
税制	・非課税の寄付 ・免税債の発行	※不明		
	法人・事業税の減免	減免を受けられる		減免を受けられない
経営者の要件	・医師であることの必要性	不要		

		イギリス		
		NHS病院	NHS信託病院	民間病院
一般病床の割合		285,000床 (95年保健省データより)		11,681床 (96年協会データより)
原語呼称		NHS Hospital	NHS Trust Hospital	Independent Hospital (営利病院のほか非営利慈善病院が含まれるが制度上の扱いは同一)
位置づけを規定する独自制度		保健当局、GPファンドホルダーとの契約 契約可能		
公的医療保険制度	公的医療保険の適用	医療保障制度として全国民に無料で給付される		
	診療報酬体系	地区保健当局と個別契約 (同じ体系が適用される) GPファンドホルダーと個別契約 (同じ体系が適用される)		
	公的医療保険の補完としての民間医療保険の位置づけ	・ベイベッドにおける自由診療で利用される		・事実上民間医療保険がカバー (保健当局との契約部分はNHS制度からの支出だが実際にはわずか)
建設費に対する補助金		資本的予算は保健当局により管理される	保健当局に使用料を払い、固有の設備を使用	補助金制度はない
税制	・非課税の寄付 ・免税債の発行	※不明		
	法人・事業税の減免	減免を受けられる		減免を受けられない
経営者の要件	・医師であることの必要性	不要		

		アメリカ		
		公立病院	民間非営利病院	営利病院
一般病床の割合		18.0%	70.0%	12.0%
原語呼称		Public hospital	Not-for-profit hospital	For-profit hospital - Investor-owned hospital - Proprietary hospital
位置づけを規定する独自制度		なし		
公的医療保険制度	公的医療保険の適用	メディケア、メディケイドを利用可能		
	診療報酬体系	診療費：RBRVS方式を基本とする 入院費：DRG-PPS方式を基本とする		
	公的医療保険の補完としての民間医療保険の位置づけ	・メディケア、メディケイド以外は事実上民間医療保険がカバー		
建設費に対する補助金		DRG-PPS制度において資本費用が評価される		
税制	・非課税の寄付 ・免税債の発行	-	いずれも可能	いずれも不可能
	法人・事業税の減免	減免を受けられる		減免を受けられない
経営者の要件	・医師であることの必要性	不要		

### Ⅲ. 医療システムにおける利潤動機の 容認とパフォーマンス

市場原理の特徴は利潤動機の容認である。しかしすでに述べたように医療システムには市場機能が有効に機能しない要素が多い。そのため利潤動機は機会主義 (opportunism) を誘発して非効率を生じさせる可能性がある。これは医療機関 (医師) と患者 (保険者が患者の利益を代理するとすれば保険者) との間で観察することのできる問題である。ここではアメリカで精力的に行われた営利病院と非営利病院の行動比較研究をサーベイすることによって営利病院が機会主義的行動をとるか否かについて分析する。

---

注14) 所得再分配検討会報告書 (昭和60年) 厚生省大臣官房政策課

表8 病院の公私分担

	公立病院	民間非営利病院	営利病院
アメリカ	18%	70%	12%
フランス	63%	16%	21%
ドイツ	60%	36%	4%
イギリス	96% (NHS病院+NHS信託病院)		4%

(一般病院の病床ベース)

### 1. 営利病院のシェア

(表8)はアメリカ、フランス、ドイツ、イギリスについて公立病院(政府所有)、民間非営利病院、営利病院の病床ベースのシェアを示したものである。

この表から営利病院は少数派ながら4カ国ともに認められていることがわかる。フランスは営利病院の病床割合が高いが、小規模で株式の上場もしていない病院が大半であり株式会社制度のメリットを享受しているものは少ない。営利病院が最も資本の論理にのっとって経営されているのはアメリカのInvestor-Owned Hospitalである。株式市場からの資本調達を背景に急速な合併・再編が展開されている。95年には業界最大手のColumbia/HCAが業界2位の企業を買収した。また業界3位のTenetは95年に4位企業、96年に5位企業を買収した。このような集中化の結果、94年度末の上位5社の病床数は営利病院全体約10万床の9割を占めることになった。

営利病院の行動特性を把握するために、営利組織に対して常識的に抱かれる二つの仮説、すなわち、1) 営利組織は運営効率が高い(X効率性が高い)、2) 営利組織は機会主義的行動をとる、という仮説を最も市場原理を活用しているアメリカの営利病院の行動分析研究から検証してみよう。

### 2. 効率性とクリームスキミングに関する仮説

#### (1) 仮説1: 営利組織の経営効率は高い

営利組織は利潤の最大化(=株式価値の最大化)という共通する単一の目標をもつものに対して、非

営利組織は組織によって固有の使命をもっている。このことは、1) 組織の構成員にとって組織目標のコンセンサスが形成されずに目的が曖昧になる、2) 目的が多様であるため達成度を単一の財務パフォーマンスだけで評価することができない、3) 組織を構成する専門家集団の権限が強く彼らの個人的目標と組織目標が乖離した場合、組織の行動が組織目標から逸れる可能性がある、4) 株主などの所有者が存在しないため組織外部からのガバナンスが小さい、などの理由で非営利組織は営利組織と比較して組織運営上の効率(X効率)が低下することが考えられる<sup>(注15)</sup>。

#### (2) 仮説2: 機会主義の発生

医療市場は、1) 保険が介在するため患者の医療機関への窓口支払い額と医療サービスの便益とが一致しない(便益と価格の不一致)、2) 患者は医療の内容を正確に評価することができない(情報の非対称性)、という理由で、医療決定の裁量権が大きい医師に利潤動機が強くはたらく場合、機会主義の発生を通じて資源配分の効率性を低下させると考えられる。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には最適な契約は成

注15) 1970年代に行われた非営利組織の研究は、利潤動機からの逸脱は組織運営上の効率を低下させるという新古典派経済学の企業理論を踏襲したものであり、非営利組織は資源配分上の非効率をもたらす可能性が高いことを示唆したものが多し。非営利病院を分析したNewhouse(1970)、Pauly and Redisch(1973)、Clarkson(1972)などの研究も非営利病院の非効率性に注目している。

立しないことはArrow (1963), Akerlof (1970) などによって従来から指摘されてきたが, Hansmann (1980) は利潤動機を機会主義を引き起こす大きな要因としてとらえた。情報の非対称性の存在により消費者が財の適切な評価ができない場合, 消費者は「営利企業」を信頼できずに営利企業との間に最適な契約を締結できないが, 「非営利組織」は消費者にとって信頼に値する (trust worthy) シグナルとして機能し, 消費者のモニタリング・コストを引き下げ, 契約の失敗から生ずる非効率を改善すると主張した。この仮説に従えば, 利潤動機のはたらく営利病院は「質の低下」を引き起こす可能性がある。質の低下といった場合, 医療の直接の供給者が医師であることから判断して, 医学的基準からいって不適当な医療が行われると考えるのは一般的ではなく, むしろ, 可能性として考えられるのは「儲からない医療を提供しない」「儲からない患者を受け入れない」というクリームスキミングが行われることである。

### 3. 実証研究のサーベイによる仮説検証<sup>注16)</sup>

営利病院は1) 組織運営上の効率性が高い, 2) クリームスキミングにより社会的な資源配分の効率性を低下させる, という効率性に関する二つの仮説が考えられる。以下ではアメリカの代表的な比較研究をサーベイして, これらの仮説の検証を試みた。

#### (1) 仮説1: 営利病院の方が経営効率が高い

経営効率を測定するための指標には様々なものが考えられるが, コストは重要な指標のひとつである。医療コストに関しては, 1) 営利病院の方が, 患者1人1日当たりコストは高いが, 在院日数が短いため1件当たりコストでは差がない (Becker and Sloan (1982), Renn, et.al. (1985),

Watt, et. al. (1986), Mark (1996)), 2) 営利病院の方が患者1人1日当たりコスト, 1件当たりコストともに高い (Pattison and Katz (1986)), など営利病院は非営利病院と同水準かそれ以上であるという分析結果が一般的である。また患者1人当たり総コストを見ると, 1) 営利病院は管理コストが高い (Watt, et. al. (1986), Woolhandler and Himmelstein (1997)), 2) 負債比率が高いため資本コストが高い (Watt, et. al. (1986), McCue and Clement (1993)), などの理由で営利病院の方が非営利病院より総コストが高いという分析結果を得たものが大半である。ただし, マンパワーの利用については病床当たりの人数が少ないなどの理由で営利病院の方が効率的であるという報告が多い (Sear (1991), Ozcan, et. al. (1992))。

このように営利病院のコストは非営利病院より低くないにもかかわらず, 営利病院は非営利病院より利益率が高いという結果が一般的である (Renn, et. al. (1985), Watt, et. al. (1986), Pattison and Katz (1986), McCue and Clement (1993))。その理由は, 営利病院の方が, 1) 高い価格設定を行っている (Renn, et. al. (1985), Pattison and Katz (1986), Watt, et. al. (1986)), 2) 利益率の高い医療サービスを選択的に供給している (Pattison and Katz (1986), Watt, et. al. (1986)) という理由による (表9)。DRG/PPS導入後はメディケア患者に対して高い価格を設定することは困難になったと思われるが, それでも営利病院の利益率は非営利病院の利益率より高い (Shukula and Pestain (1997))。しかし, その差は縮小している (Friedman and Shortel (1988)) (表10)。

#### (2) 仮説2: 営利病院の方がクリームスキミングを行う

営利病院は「儲かりそうな地域」に選択的に進出するのであろうか。営利病院の病床シェアと住民の保険加入率とは正の相関が認められる (Bays

注16) IIIにおけるサーベイ研究は「医療機関経営と非営利性に関する研究」医療経済研究機構 (1997) における調査結果を参考にした。



表9 病院のコストと所有形態

研究者名	サンプル/分析内容/分析方法	分析結果
Becker and Sloan (1982)	○全米 (1979) ○費用, 収入, 利益と所有形態との関係 ○差の検定	○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 ○差の検定	○営利病院は利益率の高い補助的な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, 資本コスト比率が高い。
Pattison and Katz (1986)	○カリフォルニア州 (1980) ○利益, コストと所有形態との関係 ○差の検定	○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, 保険の種類と所有形態との関係 ○回帰分析	○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が高い。
Sloan and Vraciu (1983)	○フロリダ州 (1981) ○コスト, 利益率, 内部の補助の状況, サービスの特徴と所有形態との関係	○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, サービス内容に多少の違いがあるが, それが利益の差を生じさせることはない。
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, 収益性と所有形態との関係 ○回帰分析	○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所有形態の関係 ○Data Envelopment Analysis (DEA)	○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, 費用や資本の面では非効率的である。
McCue and Clement (1993)	○全米の精神病院 (1986-1990) ○財務パフォーマンスと所有形態の関係 ○差の検定	○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」の件数と所有形態との関係を調べる ○費用関数を推定し, 費用と所有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。

(1983), Mullner, et. al. (1984))。また住民の所得水準とも正の相関がある (Mullner, et. al. (1984)) という分析結果がある反面, 所得とは無

関係という報告もあり (Bays (1983)), 住民の所得との関係は必ずしも明確ではない。非営利病院は税制上の優遇があるため法人税の高い地域では

資料 2

表10 PPS導入に伴うコストの変化と所有形態

研究者名	サンプル/分析内容/分析方法	分析結果
Shukula and Pestain (1997)	○バージニア州 (1993) ○宮利病院の収益率の高さコスト削減ではなくマーケティング戦略によるというこれまでの仮説をPPS導入後も成立するかを検証する	○PPS導入後も導入前と同様に宮利病院のコストは高く、利益率も高い。 ○宮利病院がコストが高いにもかかわらず高い利益率を上げている理由は、利益率の高い医療に偏重しているというより、料金設定が高いからである。
Friedman and Shortel (1997)	○全米 (1983, 1985) ○PPS導入は病院の利益率やコストにどのような影響を及ぼしたか、影響は所有形態によって異なったか、という点を検証した ○回帰分析	[分析結果] ○PPS導入前後とも、競争状況、ケースミックス、施設の古さ、立地はコストに影響を及ぼすが所有形態は影響を及ぼしていない。 ○HMOとの競争や病院の競争状況がコストに及ぼす影響はPPS導入後の方が強い。 ○利益率はPPS導入後に上昇したが、非宮利病院にその傾向はより顕著である。
Santerre and Bennet (1992)	○テキサス州 (1987, 1988) ○先行研究によれば競争が厳しければコストが上昇するといわれているが、PPSが導入された以後の競争状況とコストとの関係を分析 ○回帰分析	○PPS導入後は、競争的であれば非宮利病院のコストを引き下げるが、宮利病院と公立病院のコストには影響を及ぼさない。

表11 病院の立地と所有形態

研究者名	サンプル/分析内容/分析方法	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 ○回帰分析	○宮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) ○宮利チェーン病院の病床シェアの拡大要因 ○回帰分析	○宮利チェーン病院の病床シェアと相関をもつのは、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) 既存の宮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宮利病院と対象とならない宮利病院の立地行動と税の関係 ○回帰分析	○法人税と財産税の税率が高ければ非宮利病院のシェアが上昇する。 ○法人税の税率が高ければ宮利病院のシェアは低くなるが、売上税や財産税の税率とは無関係である。

非宮利病院の病床シェアが高まり、結果的に宮利病院のシェアは低下する (Gulley and Santerre (1993)) ことも検証された。

慈善医療 (charity care) などの不採算な医療を供給する割合が高いのは、公立病院、非宮利病院、宮利病院の順である (Shotell, et. al. (1986), Rundall, et. al. (1988))。支払能力の乏しいメディケイド患者や無保険者の受け入れに対して、宮利病院は非宮利病院より消極的である (Schlesinger and Dorwart (1984), Schlesinger, et. al. (1987),

Arrington and Hadock (1990), Culhane and Hadley (1992))。その他、救急患者や重症患者の受け入れや医療従事者の研修に対して、宮利病院は公立病院や非宮利病院より消極的である (Schlesinger and Dorwart (1984), Arrington and Hadock (1990), Culhane and Hadley (1992))。DRG/PPS導入後も不採算医療の比率は非宮利病院の方が宮利病院より高いが、その差は縮小している (Hultman (1991))。

以上の比較研究のサーベイをまとめると、1)

表12 不採算な医療と所有形態

研究者名	サンプル/分析内容/分析方法	分析結果
Schlesinger and Dorwart (1984)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○全米の精神病院 (1976)</li> <li>○医療へのアクセスや医療の質と所有形態との関係</li> <li>○所有形態別に料金の引き下げ (reduces charge) の実施, 患者当たりスタッフ数, 不採算サービスの実施状況の比較</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○民間病院 (宮利, 非宮利) 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。</li> <li>○1件当たりコストの差はない。</li> <li>○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供給している。</li> <li>○宮利病院は非宮利病院より患者1人当たりのスタッフ数が少ない。</li> </ul>
Shortell, et. al. (1986)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○全米 (1984)</li> <li>○①採算性の低い代替医療, 慈善医療, 不採算医療の割合と所有形態の関係。</li> <li>○②これらの医療の供給と競争状況, 所有形態との関係</li> <li>[分析方法]</li> <li>○差の検定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○代替医療の種類の数; 非宮利病院9.16, 宮利病院6.86</li> <li>○慈善医療の種類の数; 非宮利病院と宮利病院との有意差はない。</li> <li>○不採算医療の種類の数; 非宮利病院2.1, 宮利病院0.8</li> <li>○競争圧力が小さいと宮利病院では慈善医療の数が減るが, 非宮利病院では変わらない。</li> </ul>
Schlesinger, et. al. (1987)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○全米 (1983, 1984)</li> <li>○無保険者とメディケイド患者の入院受け入れ姿勢と, 所有形態, システム化の有無, 競争状況の関係</li> <li>○回帰分析</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○非宮利病院はメディケイド患者, 無保険者の入院に対して消極的態度をとらない。</li> <li>○宮利病院は無保険者の入院に対して消極的態度をとる。</li> <li>○公立病院は無保険者の入院を積極的に受け入れる。</li> <li>○競争が激化すると宮利病院のメディケイド患者, 無保険者の入院に対する態度がさらに消極化する。</li> </ul>
Rundall, et. al. (1988)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○カリフォルニア州 (1984-1985)</li> <li>○不採算医療と所有形態の関係</li> <li>○差の検定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○不採算医療の比率が大きい順序; 郡立病院 (教育) 34.7%, 民間非宮利病院 (非教育) 31.0%, 民間非宮利病院 (教育) 12.6%, 宮利病院10.4%, 郡立病院 (非教育) 7.0%</li> <li>○利益率の高い順序; 宮利病院1.5%, 民間非宮利病院 (非教育) 1.35%, 民間非宮利病院 (教育) 1.27%, 郡立病院 (教育, 非教育) 1.15%</li> </ul>
Culhane and Hadley (1992)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○全米の精神病院 (1987)</li> <li>○精神病医療における医療の質と所有形態の関係</li> <li>○判別分析</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○非宮利病院は宮利病院と比較して, 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。</li> </ul>
Arrington and Hadock (1990)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○全米 (1982)</li> <li>○非宮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 Herzlinger 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</li> <li>○判別分析</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○病床当たりの従業員数は非宮利病院の方が多いが, 1日当たりコストは宮利病院の方が高い。</li> <li>○非宮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。</li> <li>○以上の理由で, 非宮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。</li> </ul>

宮利病院は非宮利病院と比較して医療コストは低いとはいえない, 2) 宮利病院は非宮利病院と比較してクリームスキミングを行っている, すなわち機会主義的行動をとっている可能性がある, というものである。

この調査結果のみから, 医療において宮利組織は非宮利組織と比較して必ずしも高いパフォーマンスをもたらす存在ではないと結論づけることは早計であるかもしれない。しかし, 世界中で最も宮利組織としての体制を完備し, 積極的なエクイ

ティファイナンスを実施するなど宮利企業と類似の戦略を展開してきたアメリカの宮利病院において上記のような分析結果を得たということは, 宮利組織と医療との親和性は必ずしも高くないことを示唆しているのではないだろうか。

表13 所有形態別に見たPPS導入と不採算医療

研究者名	サンプル/分析内容/分析方法	分析結果
Hultman (1991)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○全国：pre-PPS (1983-1984) post-PPS (1985-1986)</li> <li>○PPS導入にともなう不採算医療の変化と所有形態との関係</li> <li>○差の検定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○不採算医療の比率はPPS導入前も後も非営利病院の方が高い。</li> <li>○PPS導入により非営利病院も営利病院も不採算医療の比率を上昇させている。</li> <li>○PPS導入に伴う不採算医療の上昇率は営利病院の方が高いので、導入後は導入前と比較して非営利病院と営利病院の不採算医療の比率の差は縮小している。</li> </ul>