

# 比較経済研究

第46巻第2号

## 特集 社会主義経済体制論におけるブルスとコルナイ：回顧・評価・展望

- コルナイ経済学をどう理解するか 盛田 常夫 …… 1  
 ブルス：「現存した社会主義」経済体制批判における「修正主義」  
 佐藤 経明 …… 11  
 今日の時点から見たブルスとコルナイ：偉大なる社会主義経済研究者の  
 理論に対する批判的検討 中兼和津次 …… 25

### 特別寄稿論文：

- 医療部門とソフトな予算制約 コルナイ・ヤーノシュ …… 35

## 書 評

- アン・アプルボーム著，川上洸訳『グラーク：ソ連集中収容所の歴史』  
 石川 健 …… 51  
 池本修一・岩崎一郎・杉浦史和編『グローバルゼーションと体制移行の  
 経済学』 武田 友加 …… 54  
 深尾光洋編『中国経済のマクロ分析：高成長は持続可能か』  
 王 京濱 …… 58

Abstracts …… 63

比較経済体制学会大会プログラム …… 65

2009年6月

# 医療部門とソフトな予算制約<sup>1)</sup>

コルナイ・ヤーノシュ

論文要旨： 先行研究は、主に企業活動や金融制度面において、ソフトな予算制約がどのように具現化されるかというものを検討してきた。本稿は、医療部門に特化した論考である。予算のソフト化に関わる5つの主要なプレイヤー達（即ち患者、医師、病院経営者、政治家そして病院所有者）の動機と、その相矛盾する行動とを描く。動機を検討すれば、なぜ浪費しようとする傾向が現れるのか、そしてなぜ予算のソフト化に向かおうとするのか、ということの理由が明らかとなる。意思決定のあらゆる水準で、あるいは資金を提供する過程のあらゆる段階で、浪費を拡大させ、債務を超過させようとする圧力が働く。本稿は、ソフトな予算制約という病理と、多様な所有形態（国有・非国有・非営利的そして営利的といった形態）との関わりについて考察する。また最後に、予算制約をハード化することの功罪は何か、そしてそれは道徳的矛盾や倫理的事象に直面した主体の意識にどのように反映されるのか、という規範的観点から、この現象を検討する。

[キーワード： ソフトな予算制約，救済措置，医療改革，行動経済学]

## 1 はじめに

本研究は、ソフトな予算制約 (soft budget constraint: SBC) の理論と概念枠組みを、医療部門に適用するものである<sup>2)</sup>。本稿の前半部分では、国営病院のみを取り扱うが、その後に関係の諸問題にも考察の対象を広げる。

ここで「医療部門」として言及される組織のグループは、入院患者を主に処置する病院施設だけではなく、独立組織として活動している専門外来クリニックや診断・看護施設も包括している。単純化のため、本稿では、これら施設を全て「病院(医療施設)」と総称する。

本研究は、ハンガリーの事例にいくつか触れるが、しかし、当初からはっきりしておかねばならないのは、本稿は、ハンガリーの現状に関する詳細な分析を提供するものではないという点である。本研究の狙いはより普遍的である。即ち、SBC現象は、ハンガリーの病院部門にも、社会主義体制にも限定されるものではなく、また、社会主義からポスト社会主義体制への転換の痕跡でもない。この現象は、至る所に必ず存在しており、資本主義市場経済によって提供された医療部門の文脈ですらも、見出し得るものなのである。

ここで提起される問題は、なぜ SBC 現象は、医

療部門でかくにも一般的なのかという点である。この問いへの回答に先立って、本研究テーマの選択に対して提起されかねない批判に添えておきたい。私は、本研究を公表する前に行ったディベートにおいて、医療部門の SBC 症候群 (シンドローム) を研究することにはいかにどの意味があるのかと、何度か尋ねられたことがある。世の中では、地球全体を揺さぶるほど重要な出来事が世界経済に生じており、それは、数多くの国々や国際機関によって実行された数千億ドル単位の救済措置を伴っている。予算制約のソフト化は、国際金融システムと世界中の無数の企業に浸透している。他方、どのような国においても、医療部門というものは相対的に、経済全体の極めて薄い一切れ (a very thin slice) に過ぎないのである。

それは、誠にもっともな事実である。しかしながら、私は、(規模としては比較的小さいが、生命維持には極めて重要な) この厚みのない経済部門の分析は、普遍的に有効な教訓を提供し得ると確信している。いくつかの病院の閉鎖や救済は、世界経済的な出来事ではないが、しかし、それは、医療部門以外にも見出される数多くの同様の問題を見せしめている。事実、ある局面において、医療部門の考察は、経済主体の動機と行動及び彼らの行動の倫理と金融的な帰結をより鋭く示してい

るのである。

## 2 ドラマの典型的な展開

さて、ある病院は、財務的に許容できる仕方で運営されている一方、他の病院の収益は、長期に亘って支出をカバーすることに失敗しており、従ってこうした病院は、借入を増やすか、もしくは、単に取引先への支払いに失敗することで、これら取引先に売掛金を強いている。こうした負債は、その規模が危機的な水準に達するまで積み上げられる。この事態は、もしこの問題が営利部門で引き起こされるのであれば、当該組織は、法的な意味で債務超過状態となり、裁判所が管財人を指名するまでを限りに膨張するであろう。

図1には、こうした出来事の展開が示されている。財務困難に陥った病院は、その後どのような状態を選択肢として取り得るであろうか？論理的な簡単化のため、4つのケースが想定されている。現実には、これら4ケースが、ある程度混ざり合うのは無論である。

この図から読み取れるものを繰り返す必要などなかろう。とはいえ、病院を取り扱うに当たって、医療分野の用語法を用いるのは意味がある。つまり、組織が深刻な病状に苦しんでいる場合、当該組織にとっては、4つの可能な進路が予見し得

る。即ち、

- A：病状が持続する。
- B：病状が治癒する。
- C：患者は応急措置と緊急治療を受けて一命を取り留めるが、病気の背後にある根本的原因は維持される。
- D：患者は死亡する。ないし、医療専門家またはエコノミストの言い方を借りれば、有機的組織体／組織は存在することを終える。つまり退出 (exit) する。

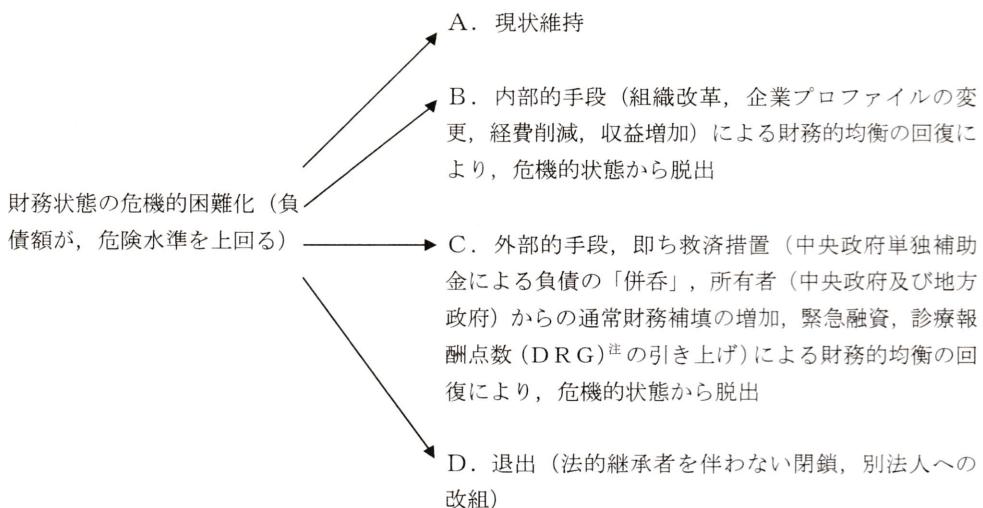
本稿の研究課題にとって肝要な問題は、ある病院は、どの程度まで、進路C、即ち救出ないしは救済措置と言い換えることができるものを期待し得るのか、というものである。その病院は、何を信じているのか？病院が深刻な困難に陥った場合、実際救済されるのか？

ここに、SBCが論理的必然として何を意味しているのか、という点に関するいくつかの誤解が存在してきた。ここでの考察は、それらを払拭するよい機会である。

組織（例えば、企業、銀行、もしくは病院）を救済するいかなる金融的な措置も、SBCが存在する明白な証拠だと想像する人々がいる。これは、誤った解釈である。

SBC症候群は、一事象（一つの出来事と見なさ

図1 財務状態が困難化した病院の次に来る選択肢



注) DRG (Diagnostic Related Groups) とは、国家健康保険基金と病院との間のポイント制診療報酬点数の基本単位である。  
出所：筆者作成。

れる救済措置の様なもの)として言及されるものではない。SBCは、現象(an event)ではなく、意思決定者の頭脳、思考、知覚の中に存在する精神状況(a mental condition)なのである。それは、特殊なタイプの期待であるといえる。例えば、(それが正しいか、錯誤であるかは別として)どのようなトラブルに巻き込まれようとも、自分は救済されるであろうと私が予想しているならば、私の予算制約はソフトだといえる。従って、私は、そのような期待に応じて、私の行動を適応させるであろう。言い換えれば、SBCとは、私の意思決定、態度、そして行動に重大な影響を及ぼす期待、或いは信念なのである。

私の周囲で救済がより頻繁に行われれば行われるほど、私は同様の処置をより強く期待するに違いない。従って、それは、一度の救済劇ではなく、私が見聞きし、それに基づいて私自身の期待を調整するに十分な数多くの救済の事例を必要とするのである。しかしながら、私には、同様に救済を期待する他の理由があるかもしれない。例えば、私は独占的な地位にいて、余人を以って代えがたい活動を行っており、であるからして、私が見捨てられることなどあり得ない、と私が確信しているような場合である。また例えば、私は、救済のための資金をコントロールしている人々と、政治的または個人的に良好な関係を築いているがために、私は救済を期待できるかもしれない。

以上の通り、このプロセスは、自己強化的(self-reinforcing)である。もし、多くの組織が、救済措置を期待し、現にそれを享受するならば、さらに多くの組織が、救済を期待するようになるであろう。そして、以前と同じように、事象の因果的連鎖が再び繰り返されるならば、救済措置発動後、必要とあれば今後も他の救済がなされるであろうという知識を、多くの組織が共有することになる。

いま一つの頻繁な誤解は、ハード対ソフトな予算制約という対句的な用語法から生じている。即

ち、予算制約は、ハードないしソフトのいずれかであるはずだという意味で、予算制約にはあたかも純粋に2つのケースがあると見なされていることである。現実には、予算制約のハードさ、ないしソフトさには等級(grade)が存在する。つまり、完全にハードな予算制約と完全にソフトな予算制約の間には、数多くの中間的段階が存在するのである。救済への期待は、意思決定者の心理の中の主観的な確率として現れる。彼らは、どの程度の確率で救済が行われると考えているのであろうか?その指標は、離散的ではなく、むしろ0と1の間のあらゆる値を取る連続変数である。

さてここで、ハンガリーに即して、危機的な負債状況と救済措置の頻度に関する幾つかの具体例を見ていこう<sup>3)</sup>。表1から表3に披露されているデータは、公的な資金供給を受けている活動中の入院施設(即ち、国家健康保険基金(National Health Insurance Fund)が資金提供している医療施設)をカバーしている<sup>4)</sup>。

表1には、次の基準が適用されている。即ち、「財務困難な病院」とは、取引先に対する年末時の期限切れ債務が、当該年の総支出額の3%を超過した病院を指す<sup>5)</sup>。同表から、非常に多くの病院が、財務的に困難な状況に陥っていることが明らかになる。殆どの年で、4ないし5病院のうち1施設が、ゆゆしき財務状況にある。2006年における財務困難な病院の比率は、どの年よりも高く、40%に達していた。

2002年半ばの時点で、財務困難に陥っていた42施設の追跡記録が保存されている<sup>6)</sup>。表2の(A)から、これら42病院グループの多くが、それ以前から既に困難な経営状態にあり、この財務的危機を克服するために立案された試みや救済処置にも

表1 財務困難な病院の数と比率

年	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
全病院数	137	137	137	136	135	133	132	131
財務困難な病院の数	31	30	21	12	36	24	53	39
財務困難な病院の全病院に占める比率 (%)	22.6	21.9	15.3	8.8	26.7	25.6	40.2	29.8

注)「財務困難な病院」とは、取引先に対する年末時の期限切れ債務が、当該年の総支出額の3%を超過した病院を指す。

出所：Csaba Dózsa氏らが作成したデータベースに基づくもの。その主な情報源には、Health Care Strategic Research Instituteのデータベース及びハンガリー厚生省による負債状況調査の諸結果が含まれている。

表2 2002年に財務困難に陥った42病院の当該年前後の経営実績

年	(A)	(B)	(C)	(D)
	財務困難状態	非困難状態（内部的 手段による問題 解消）	非困難状態（外部 的手段(救済措置) による問題解消）	退出
2000	17 ( 5)	17	8	0
2001	22 (10)	12	8	0
2002	19 (17)	4	19	0
2003	8 ( 3)	27	7	0
2004	19 ( 8)	17	6	0
2005	15 ( 5)	17	10	0
2006	21 (10)	16	5	0
2007	16 ( 9)	12	9	5

注) 本表は、各年12月31日時点の経営状況を表している。分析対象とした42病院グループの選択は、2002年6月末時点の財務状態に基づいて行った。A列括弧内の数値は、中央政府ないし地方政府が、当該年に抜本的な救済措置を実施したものの、救済対象病院の負債額を基準値以下に圧縮することが出来ず、結果、財務困難状態に留まった施設の数を示している。

出所：表1に同じ。

表3 国家負債整理統合プログラムの概要（1996年及び2002年）

年	1996	2002
対象施設数	38	30
負債総額（億フォリント）	40	35
負債総額に占める国家健康保険基金の負担比率(%)	6	3.8
1996年負債整理統合プログラム対象施設の内、再び 2002年に本プログラムの恩恵を受けた施設の数	—	16

出所：表1に同じ。

拘わらず、依然として重症状態にあったことが、暴露されている。

ここで、表2(A)の括弧内に示されたデータに特別な注意を払う必要がある。これらの数値は、財務困難な病院を支援したものの、その負債額を基準値以下へ圧縮することには不十分であった救済措置の数を示している。

同表(B)は、問題発生後の過程が好ましい方向に推移した案件の数を表している。これらの病院においては、当該組織の自助努力によって、負債額を基準値以下とすることが可能であったことを証明している<sup>7)</sup>。

続く(C)には、救済措置の数が示されている。(C)列及び(A)列括弧内の数値を各年足し合わせると、完全にしろ、部分的にしろ、いかに数多くの救済措置が実行され、問題の病院が救出されたか、ないしは財務的困難が緩和されたかが分かる。例えば、基準年である2002年には、観察対象の内、36病院(19+17)について救済措置が実行されて

いる。多くの場合、これらの救済活動は、組織改編や他の経費削減措置を伴っている。この結果、その6ヶ月後には、36病院中19施設のみが、年末の時点でも依然として財務的に困難な状況にあった。

病院の支出は、2004年により厳格に抑制され始めた<sup>8)</sup>。2004～06年の間に、経費抑制の追加措置が採用されたにも拘わらず、表2から明らかなように、2007年に至るまで、一件も退出の記録はない。つまり、生き残ることは保証されていたのである。この事実は、まさしくSBC症候群の明確な兆候である。本当の意味での厳格さは、2007年になって現れた。即ち、財務的に破綻している病院の

3分の1が、行政命令によって閉鎖されたか、債権継承者を見出せずに清算されたか、ないしは健全な他の組織に合併されたのである。

最初の救済措置が実施された1996年以降、財務困難な病院が大幅に減少したことは、特筆に値する。ここで、このような減少を明確に示している表1及び表2を見直すことには意味があるだろう。しかし、それは一時的に過ぎなかった。その後、財務危機に陥った病院の数は、再び増加しているからである。つまり、救済処置は期待できるものとなり、それは、関係者の予想に組み込まれてしまった。そのため、過剰な支出が増加したのである。表3によれば、1996年の大規模な救済措置を享受した病院の約半数が、再び財務危機を迎えている。ここには、SBC症候群がほとんど手に取るように感じられる。

紙幅の都合から、他の多くの国々の国営病院部門における類似の出来事を紹介している先行研究

の詳細な引用は割愛するが、表4に、SBC 症候群の発生に関わる情報が報告された国々を列挙しておく。また同表は、SBC 症候群が発見され得るという主張を基礎付ける出典文献にも言及している<sup>9)</sup>。

以上が、ドラマのおおざっぱな筋書きである。だが、そのキャストはまだ語られていなかった。次節でそれを述べよう。

### 3 主な登場人物の振る舞い

本節では、患者、医師、病院経営者、政治家、そして病院所有者とい

う5人の主なキャストに焦点を当てよう。他にも製薬会社、医学部、医療サービス監督省庁、医療保険会社の経営者や社員といった重要な登場人物が明らかに存在する。しかし、本稿での議論の大筋を説明する上では、先にあげた5人の登場人物で十分であろう。

2つの質問に答える必要がある。彼らを動機づけるものは何であるか、そして受け取ったインセンティブの結果として彼らはどのように振る舞うか、という問題である。

#### 3.1 患者

最終的に、医療部門における全ての活動は患者の利益のために行われる。患者の動機は、できるだけ早く、そしてできるだけ完全に回復することであり、同時に苦痛や不快を最小限に抑えることである。

これは通常より多くの出費を伴うものである。患者にとって医療コストが上がるのはどう見ても幸せなことではないが、目標を達成するためには彼らはそのような追加的な支出もいとわない。患者たちは、病院の医師が個人面談の場で彼らの愚痴に辛抱強く耳を傾けてくれることを望んでいる。もし必要があれば、医師は診断を下すために新たな情報を集め、出てきた不満に対処し、同僚に相談するべきである、と。全体として、このことは治療により多くの医療時間を割くことを意味している。看護師の時間についても同じような需要があり、看護師は患者により多くの注意と労働時間

表4 ハンガリー以外の国々での病院部門におけるSBC症候群発生病例

国名	出典文献
オーストリア	OECD (1997a)
チリ	Perry and Leipziger (1999)
フィンランド	OECD (1998)
ギリシャ	OECD (1997b)
ルクセンブルク	OECD (1999)
ノルウェー	Hagen <i>et al.</i> (2007), Tjerbo and Hagen (2008)
イタリア	Bordignon (2000), Bordignon and Turati (2003)
スイス	Colombo <i>et al.</i> (2006)
スウェーデン	Rae (2005)
米国	Newhouse (1993), Duggan (2000), Capps <i>et al.</i> (2006), Eggleston and Shen (2008)

注) 本表は、旧社会主義諸国を対象としていない。  
出所：筆者作成。

を捧げるべきである、と考えている。財務的にはこのことは経常的経費のレベルでコストを増加させる。

さらに患者は、スタッフがより多くの収入を得ていればより注意深く仕事をしてくれるだろうと信じているため、医師や看護師の給与が増えることを望んでいる。

スタッフに関する条件と同様に、患者は物質面によりお金をかけることも望んでいる。彼らは、診断や治療に最新の設備が使用され、科学研究によって生み出された最新の（そして通常はより高価な）薬を処方されれば、自分たちの苦しみはより少なく、そしてより早くより完全に回復できるだろうと信じている。さらに患者はまた、病院にいる間、出来る限り快適に過ごしたいと思っている。こうした希望は全てコストを押し上げる。

これらの要望はまったく理にかなっており、願けるものである。このような追加的な支出は大抵の場合、患者の利益になる。たとえ逆のことが起こったとしても（より高価な治療や薬剤が必ずしもより良いとは限らない）、質と費用の間には強い正の相関がある。

従って、患者は追加的な支出に対して強い影響力を発揮する。患者が自分のポケットからいくらか負担することになる一部自己負担制度があるところでは、患者の支出増大への圧力がなくなるわけではないものの、控えめな逆のインセンティブがはたらく。自己負担の規模が小さければ（そしてそれは多くの国、とりわけ旧社会主義諸国に該

当するものであるが), 患者が支出を拡大しようとする傾向が止むことはない。ハンガリーでは控えめな一部自己負担制度が短期間導入されたが, 国民投票の結果それは廃止された。自己負担が無ければ, より多くの支出を求める患者の利害が制約を受けることはない<sup>10)</sup>。

もし増大する経費が病院を赤字に追いやってしまふとしたら, 患者にとってそれは何を意味するのかを考えてみよう。深刻な負債を抱えた病院は閉鎖される, つまり組織の退出が起こると仮定しよう。

患者は勝者となる場合も, 敗者となる場合もある。もし閉鎖された病院が経営状態の良い他の病院に吸収されるか, 或いは公式な合併を経ずに治療の集約が行われるなら, 全体的な医療の質の向上につながるかもしれない。これは, 専門家や高価な設備の集中を可能にする。

患者とその家族は納税者である。納税者は財務的困難を抱えた組織の赤字を補填するのを助ける。

しかし, これらの利点はそれと気付くのが困難でありすぐに現れるわけではないため, 直接的で直ちに明らかになる不利益によって相殺されてしまう。患者は病院が閉鎖されると, 馴染みの医師や環境を失うことになる。多くの患者とその家族は, 自分たちの利用できる病院が遠くなったと感じる。これは不愉快にも通院距離が長くなり, また通院のコストも増大することを意味している。緊急の治療が求められる場合には, 治療の場に到着するのが遅れる危険や, 或いはさらに重大な, 取り返しのつかない事態につながることもあり得る<sup>11)</sup>。

従って, 病院閉鎖のニュースは患者の不満や, 或いは公然たる抗議さえ引き起こしたりする。彼らは病院の救済を要求する人たちと当然同盟を組むことになる。

### 3. 2 医師

医師に対しては様々な見方がある。彼らを仕事に身を捧げ, 患者の幸福にのみ関心のある聖人として描く者もいるが, 医師は概して欲深い人々であり, 金だけを追い求めていると信じる者もいる。

どちらの像も歪められたものである。医師は多くのモチベーションを持っており, それぞれが彼

らに対し, もちろんそれぞれの比重でだが, 影響を持っている。これらのあらゆることを, SBC 症候群における医師の役目を理解するに先だって把握しなければならない。

医師は患者のさらなる回復を追求する。患者の利益と病院医療コストの間の関係については今述べたところである。医師が患者の利益に共鳴すればするほど, 彼らは病院の資金をより多く費やす義務を感じるであろう。もし患者から心づけを受け取るなら<sup>12)</sup>, 患者がより長く病院に滞在し, より高価な薬を受け取ったり, 或いはより高価な診察や治療を享受したりすることを認める誘因は強まる。

患者へのサービスやその関連とは別に, 医師のプロ意識や職業的な向上心も費用の高騰を促す。医師たちは技術的・科学的発展に遅れをとりたくないという願望を持っており, より高価でより効果の高い最新の薬, 診察手順, 設備, 医療支援, 外科手術の技術などを使用したいと考える。

支出を増やす誘因に対抗するのは, 利用できる資源には限りがあるという冷静な理解である。こうした認識は, 行政的な規制や厳しい費用管理, 或いは費用を抑える財務的インセンティブによって裏打ちされる。

支出への誘因と, 支出を抑制する行政的・財務的・道徳的な動機という, 相反する力が医師に作用する。しかし, 明らかに前者が非常に強く, これ(過剰支出や予算制約を乗り越える性向)は SBC 症候群を維持する要因である。というのも, 後者は医師たちが自分たち自身に課す或いは強要するものであるのに対して, 前者は医師の本能が命ずる「自然な状態」であるためである。

長引く予算制約からの逸脱が病院の閉鎖という事態に辿りつけば, そこで働いている医師たちは通常抗議を行うであろう。彼らは明らかに自分たちの仕事を失うことを恐れているわけであるが, 彼らは他の場所で働く良いチャンスも持っている。その心配が唯一の原因というわけではない。彼らは慢性的な財務的困難にある病院の救済をお願いしたり, 或いは声高に要求したりする。このような抗議には劇的な効果があり, 参加者が望めば事態はさらに脚色され得る。一旦プレスやラジオ, テレビが関わると, 世間の他のメンバーたち

がいつか自分も同じような目に遭うことを恐れて憤慨するであろう。これらは全て、救済への社会的な圧力を煽ることになる。

脅かされている病院が独占的な地位に近ければ近いほど、抗議の効果はより強いものになる（そして正当化はより説得的になる）。ここでは、独占が地理的な意味においてのみなのか（あるエリアに1つの病院）、その病院が特別な機関であるのか（ある臓器の治療に特化していたり、非常に高価で貴重なパフォーマンスの高い設備を有していたりする）は重要ではない。一旦その独占的な地位が認識されれば、危機に脅かされている病院は救済を期待することができる。つまり、権力機関は病院が財務的な理由で閉鎖するのを無為に見過ごすことはできないのである。そのため、救済を勘定に入れている医師たちは、より容易に資力以上に金を使い続けることができる。医療部門が集中していればいるほど—その中での競争や、1つの病院の活動が他の病院の活動を代替する展望が小さいほど—、救済のチャンスは大きくなる。即ち、予算制約はよりソフトになる<sup>13)</sup>。

### 3.3 病院経営者

その動機は医師のものに似ている。経営者は一方では患者や医師の利害を代弁する。しかし他方では、彼らは従業員が感じるものとは反対の影響力の下に置かれている。彼ら（雇われ医師ではない）は負債に対する責任を負っている。病院経営者は2つの圧力の下にある。つまり、彼らは配下の者たちの支出性向に同調しながらも、それを抑制しなければならない立場にあるのである。

ソフトな予算制約を期待しているのは、とりわけ病院経営者である。救済が100%確実なものでないなら、彼らは何を差し置いても救済を求めてロビー活動をしなければならない。病院の上位機関、資金を供給してくれる保険会社、そして補助金を与えてくれる機関所有者との関係において病院経営者の立場が強ければ強いほど、救済への希望も強くなる。そのため、病院経営者はしばしば退出に対する抗議の先頭に立ったり、自分たちで抗議を画策したりする。

病院経営者の行動における両義性は、病院の財務的危機と救済との関係の両義性、そして責任を

負う経営者の解雇と任命との間の関係における両義性によって部分的には説明される。もし財務的困難に陥った病院について、それを救済して閉鎖を回避する強い理由があるなら、少なくともその問題に対し誰が責任を負っているのかという点に関する詳細な検討がなされるべきであろう。綿密な調査によって病院経営者にどのような非があるかを明らかにするべきである。この困難な質問に答えることは本稿の課題ではないが、表3の整理統合が行われている病院の経営者のうち6人がずっとポストに居座っていることは不安を覚える<sup>14)</sup>。

### 3.4 政治家

政治は理髪サービス、或いはビール醸造やビール販売からは排除することができる（おそらく完全ではないが、それらは政治とほぼ関わりを持たないものと言える）。しかし、医療の規制から政治を除外することは不可能である。医療における国家介入の財源や方向性、規模や方法などは、現代の福祉国家においては常に政治的な関心事であろう。

政治家には2つの共通した歪んだ像がある。1つは彼らが権力への強い欲望そのものによって動機付けられているとするもので、彼らは人気と得票を得て、政治的支持を勝ち取るためなら何でもするという見方である。もう1つは、特定の政治家の熱狂的支持者に見られるもので、政治家が偉大で高貴な考えを持った使徒であるという見方である。

実際には政治家は様々な動機によって動かされている。財務的困難に陥った病院の閉鎖という問題に対峙するにあたって、政治家はそのような出来事を喜んで眺めているわけではなく、患者や医師に心から同情し、彼らの無念や憤りを共有する。しかし、患者やその家族、友人や知人に対する共感が真実のものであるとなかろうと、政治家は有権者である彼らの怒りを買うことを恐れている。政治家には彼らの政治的支持が必要なのである。Robinson and Torvik (2006) は、人気によって動かされる政治家の救済に対する影響力を、SBC 症候群の根本的原因と呼んでいる。私はこれを少々誇張された仮説であると見ているが、そこにもいく



つかの真実はある。

他方で政治家は、浪費を大目に見たり、ソフトな予算制約を許容したりすることが SBC 症候群を強化するというを知っている。彼らは全体の因果関係について考え抜いているわけではないであろうが、政治家にとって組織が頻繁に予算制約から逸脱することや救済措置を繰り返すことがマクロレベルの財政赤字につながるということは明白であり、それは、重大かつ痛みを伴うマクロ経済問題や、そこから派生する政治的困難を導くものである。

政治家は、彼らが政府側を支持する場合は、繰り返される救済の危険や財政にかかる負担に対してとくに敏感である。野党側の政治家は、閉鎖に反対する人たちの側に容易に回る。これについては、ノルウェーの経験に目を向けることが有益である。

2001～04年にリベラル・保守連立政権で厚生大臣を務めたキリスト教民主主義者の Dagfinn Hoybraten は、前の社会民主主義政権が180度方向転換したことについて次のように述べている。「労働党は（政権にあった時）予算制約のソフトさについて文句を言っており…そして病院改革に着手した<sup>15)</sup>。だが彼らが野党に転じた時、彼らは以前言ったことを全て忘れ、病院がその危機について不満を口にし始めると（新政府を相手に）批判の火蓋を切った」（Tjerbo and Hagen, 2008, p. 15）。

イタリアの経済学者 Bordignon (2000) は、政府にとって赤字を出している機関を救済しないという断固たる公約を行うことは、政府が容易にかつ頻繁に崩れ得る脆い連立に基づいている場合にはとくに難しいと述べている。従って、この現象の出所は比例代表制にまでさかのぼることができる。これも確かに影響を持つかもしれないが、政府が政治的任期を全うしたり、或いはたとえ再選されたりしたとしても、強固さが簡単に保たれるわけではない。

ノルウェーとイタリアの例は、SBC 症候群が保守・リベラル・社民主義・左翼或いは右翼政府の下でも、同じように現れるということを示している (Hagen and Magnusen-Kaarbo, 2007; Tjerbo and Hagen, 2008; Bordignon, 2000; Bordignon and Turati, 2003)。

もし政治家が、困難に陥った組織のトップと同じ政治グループに属していた場合、彼らの影響力をより精力的に使うことは特記すべきである。病院が与党の政治家に率いられているなら、それはより良い救済の機会を授かることになる。これは、Dasgupta *et al.* (2009) によるインドの経験に関する論文の中で「連帯効果 (alignment effect)」と表現されている。Bordignon and Turati (2003) によるイタリアの国営病院療部門に関する予算制約の分析において、この要因は予算制約をソフト化する独立変数として扱われており、有意な係数を得たことが示されている。

同じような結論はハンガリーのケースからも得られる。例えば、あらゆる大規模な国家による救済（整理統合）は、その病院が当該時点において国を治めている政治権力に（ハンガリーのジャーナリストが言うように）「近い」のであれば、より良い救済の機会を有する<sup>16)</sup>。

連帯効果は、中央或いは地方の政治体制及び政治的任務を遂行している者たち（大臣、市長、及び彼らの下の階層）だけでなく、さらに下位の職にある多くの者たちが選挙後に豹変するという、よく知られた経験によって強化される。新たな地方政府は自治体が所有する企業や学校、或いは劇場の管理者さえも、重要と思われる仕事全てに政治的に近い者を任命しようとする<sup>17)</sup>。医療部門も経営者を交代させるというこの実態を免れるものではないように思われる<sup>18)</sup>。

政治家たちはこのように行動する真つ当な理由を持っている。先に引用した2人の著者、アメリカ人の Robinson とノルウェーの経済学者 Torvik は、SBC の背後にある政治的動機に関する論文 (Robinson and Torvik, 2006) の中で、そのようなやり取りに対して「顧客主義 (clientalist)」という表現を用いた。政治家はパトロン／クライアント関係を通して利益を再分配し、見返りに政治的支持を獲得するのである。

#### 4 余談：中央及び地方政府

この一連の流れに、中間レベルである地方政府を加えることは十分価値のあることである。多くの国では公的に所有された病院の多くが、中央政府ではなく地方政府に属している。

とりわけヨーロッパでは、住民の医療に対して地方政府が責任を負うことがよく憲法や法律で謳われている。他方、憲法或いは長期間に渡って効力を持つ法律は、どのような財源によって地方政府の必要とするものを賄うのかを特定していない。健康保険や一部自己負担制度では補填されない（開発を含むような）支出を賄うための十分な収入があるのだろうか？もし地方政府が一般的に（そしてとりわけ医療費との関連で）中央政府からの資金に依存しているならば、中央と地方政府の間で費用はどのように分割されるのだろうか？

費用を分割する手順やその比率は、国家や政権の任期と同じ数だけ存在する。政府と地方権力の間での交渉は避けられないであろう。そしてもし地方政府の管理下にあるいくつかの組織（自治体の交通機関・学校・病院）が財務的困難に陥ったら、誰がその救済費用を負担するのであるだろうか？SBC 症候群はこうした争いを掻き立てる付随物なのである<sup>19)</sup>。

この現象はハンガリー人にはお馴染みで、他の地域でも頻出するものである。例えば、イタリアの地方政府は医療に対して責任を負っているが、自身でその費用を負担する力はない。しかしながら、この援助の規模には縛りが無いのである。交渉が繰り返され、そして救済が繰り返される（Bordignon and Turati, 2003）。病院は銀行からの借入金を規制されているが、地方政府はそうではない。従って過大な支出を行って直接債務を負うのは病院ではなく（同様に学校や老人ホームでもない）、それらを支援する地方政府なのである。また、救済されるべきものも病院ではなく（他の自治体の機関でもなく）、それらに直接資金を融通している地方政府なのである。これは表5の資料に見ることが出来、そこでは救済費用のかんりの割合が中央政府によって地方政府から肩代わりされていることが示されている。

では問題は どうしたら解決されるであろうか？公立病院の所有権やそれらに資金を供給する責任は集権化されるべきであろうか、それとも分権化されるべきであろうか。ノルウェーは分権化に挑戦したが、超過支出が発生した。その後集権化されたが、再び超過支出が生じたばかりであった（Tjerbo and Hagen, 2008）。

表5 イタリアにおいて中央政府が補填した地方財政赤字額の比率(1995~99年)

地域	累積財政赤字総額に占める中央政府補填額の比率(%)
ピエモンテ州	55.45
ロンバルディア州	50.96
ヴェネト州	44.60
リグーリア州	34.57
エミリア・ロマーニャ州	47.19
トスカーナ州	40.77
ウンブリア州	8.41
マルケ州	56.08
ラツィオ州	53.31
アブルッツォ州	56.41
モリーゼ州	-2049.00
カンパーニャ州	36.82
プーリア州	33.36
バジリカータ州	-577.49
カラブリア州	26.81
合計	52.56

注) 負の値は、当該地方政府が、累積財政赤字総額よりも、中央政府からより多くの財政補填を享受したことを意味する。

出所：Bordignon and Turati (2003, Appendix table A1)。

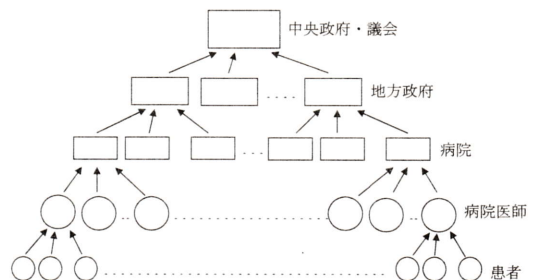
過剰支出性向や SBC 症候群が出現する傾向は、遙かに深いところに根付いている。それは単なる再編や集権化、分権化、或いは再集権化キャンペーンが克服できるものではなく、遙かに強く動機付けられた社会現象なのである。

### 5 債務、そしてその上位者への押し付け

図2はこれまで見てきた主要な主体間の垂直的関係を示すものである。

最下部の小さな円は患者を表している。最上位は中央政府及び議会である。全ての階層の経済主

図2 赤字と負債の垂直的「なすり付け合い」関係



出所：筆者作成。

体は、過剰支出と予算制約を守らなかったことの帰結を上位に押しつけようとする誘因を有している。

患者は、医師がより多くの支出を行うことを支持する。

医師たちは、病院が支出を過大にし、負債を拡大させることを促す。

病院は過剰支出によって生じた赤字や負債を、(その所有主体がいずれであるかにより、地方の或いは中央の) 政府に押しつけようとする。通常、後者が過剰支出の費用を引き受けることになる。

地方政府は費用を中央政府に肩代わりさせようとする。もし地方政府が幾層かの構造になっているのであれば(例えば、大きな国家における市や、郡・州など)、それぞれの層がこの押し付け合いに関わってくるのである。

もし困難が生じて赤字が維持不可能な水準に達し、負債が耐え難いものとなれば、患者たちよりも上位の水準に位置する意思決定を行う層は互いを非難しその責任を喧伝し合い始める<sup>20)</sup>。

ここでの記述と分析で、方法論的な概観に触れておく必要があるであろう。ここで採っている接近法は、行動経済学のそれと似通った様相を呈している。それは経済主体の効用最大化行動の一般化に限定されるものではない。むしろ、いま検討している現象(ここでは予算制約のソフト化)に不可欠な、特異な誘因を理解しようとするためのものである。ここでの目的は、この現象を生じせしめている経済主体の行動の誘因となっているものを見出すことにある。

ある側面では、本研究は通常の行動経済学の方法論的枠組みを超えたものとなる。相互に相容れない誘因に対して、特に注意が払われる。(或いは病院経営者或いは政治家といった、現在検討している)経済主体に対しては、相矛盾した力が働く。ここで先だって注意を喚起しておく、例えば病院経営者に対しては2方向の圧力が働く。病院経営者は、誰と連帯すべきであろうか?病院のスタッフ及び患者と共にか?或いは、彼ら病院経営者に公金の管理を委任した人々とであろうか?政治家も矛盾を抱える。大衆の人気取りに向かうべきか、はた政治家としての責任を果たすべきか?他方、例えば、立法府の議員がその責任を負う政府

側の立場に立つとすると、有権者である市民は地元病院の閉鎖に不満を表すことになる。だがそうしなければ、議会によって代表される公衆の利益は、財政赤字や財政的支援を繰り返し行うための高課税というものによって損なわれるのである。

ここで示した状況は、より広範に見られる現象のわずかな事例である。困難な課題を抱える意思決定者は心の安寧を迎えることが出来ない。安定的で堅牢かつ一貫した方向性というものは存在しない。主張がその時々によって正反対になるなど、彼らは揺れ動くものである。

SBCの理論的モデル化に携わる一部の学派は、時間的な非一貫性(time inconsistency)を強調する(これは広く影響を与えた Dewatripont and Maskin (1995)によって検討されたもので、その後他の理論的分析によって後追いされている)。救済者は、当初は問題を抱えた組織に対して財政的支援を与えない、という約束を掲げる。そうすることによって財務規律と予算制約とが遵守されるよう期待するのである。だが依然として問題が解決されないとすると、その約束は覆される。事後的に企業の救済が合理的であるような理由が見出されるのである。こうした(事前には支援しないことを約束し、後には救済を行うという)時間的な非一貫性は、より根深い理由から生じた心理的帰結である。その理由とは即ち、意思決定者の思考と感覚とが有している両面性の矛盾である。

## 6 所有関係の影響

方法論的概要から議論を元に戻すと、考察すべき主体は5通りある。その所有者の行動についてはほとんど触れてこなかった。

本研究はこれまで公的部門のみに言及しており、その所有者は中央或いは地方政府であった。この場合、過剰に支出し予算制約を破る傾向があり、また救済への強い動機も伴っている。浪費しがちな組織は、自身の救済を期待することを当然予想するようになる。こうした状況が、過剰支出と救済との繰り返しを煽るのである。

私有である場合にはどうなるであろうか?2つの状況を考えなければならない。即ち、営利目的のものと非営利のものとのである。アングロサクソンの文脈では、どちらも公的部門ではなく私的部

門に属するものである。その場合、所有者は財団法人や組合、私的教育機関や教会などである<sup>21)</sup>。多くの国では非営利組織に対する税の優遇があり、その意味では国家はそれら団体の経常費用に対して間接的に貢献している。

米国の経済学者 M. G. Duggan (2000) は、特定の医療目的について国家が病院に一定額を支払うという国家プログラムを検討する興味深い研究を行った。公立病院では何も起こらなかった。この特定プログラムに沿って病院が受け取った金額そのままを助成金から削減し、地方政府がこの資金を「飲み込んだ」のである。だが非営利部門では、非営利・営利を問わず、この追加支援は目に見える効果を与えた。

私は未だ、所有形態と予算制約のハード化／ソフト化との間の関係を明らかにする決定的な回答を与えるような文献を見出していない。比較研究は主に米国において行われている。というのも米国では、様々な所有形態が長きに渡って並存し、相対的に多くのデータが獲得可能だからである。私が当たった業績（例えば Succi *et al.*, 1997; Chakravarty, *et al.*, 2005; David, 2005; Capps *et al.*, 2006; Eggleston, 2008; Eggleston and Shen, 2008; Shen and Eggleston, 2008）から一定の推測を行うことは可能であるが、それらは未だ追試が必要な仮説に過ぎないものであることを付け加えなければならぬ。仮説を表6に示す。

行動様式を分ける境界は、公立病院及び非営利団体と、営利団体との間には無い。より強い意味を有するのは、公営・国営部門と、私的・非国営部門との分け目なのである。

本論考では、公営或いは国営部門の下では予算制約が不可避免的に、多少なりともソフト化されることを示してきた。非国家所有形態は予算制約のハード化を見越し得るものであるが、しかしそれは確実ではない。

私的・非国家所有形態を有するもののうち、非営利病院は営利組織よりも救済される機会が多い (Capps *et al.*, 2006)。だが医療部門における財政的支援は、営利目的か否かという点だけで規定されるものではない。営利目的の病院であっても、地域的或いは専門領域における独占性を有していたり政治的権力と良好な個人的関係を有していたりするような場合には支援を受け得るかも知れない。

私は先に、医療部門では様々な所有形態があり得ると考えていることを記した。私は各国に医療部門の民営化を奨励するよう説くものではない。だがしかし、中央政府や地方政府がその所有する病院の一部または全部を非営利或いは営利組織に委譲することを禁じたり、その委譲に障壁を設けたりしないよう、あるいは非公的組織が公的所有のままの病院を管理することを認めないよう推奨する。より重要なのは、医療部門の特異な質的要請にしっかりと応えるものであるのであれば、非国営部門の参入者に対してもドアは広く開放されておくべきだということである。非国家的団体や民間資本の参入は、政府による規制や監督を伴わなければならない（私が Karen Eggleston と共に 2001年に執筆した医療部門改革に関する書籍の、特に第7章を参照されたい）。

非営利か営利かを問わず、非国家的資本が医療部門に参入することについてはいくつかの議論がある。私的投資家や企業の資本の投入が見込まれる、それによって近代化と拡張がなされ得るような分野では、そうした動向は基本的に奨励されるべきであろう。私的資本は、国家の医療部門発展に関わる原資を増大するために強く要請されるものである。非営利企業も営利企業も、医療部門をより効率的に運営するものと期待し得る。これらがまず主眼の置かれるべき論点であるが、非国営医療部門はより財務規律を勘案するものでありまたそれらに対する予算制約はよりハード化させ易

表6 所有構造と救済機会の関係

所有構造	財務的困難からの救済機会
公的所有（中央政府または地方自治体の所有）	極めて大きい。
私的所有	
非営利目的	非常に大きいわけではないが、取るに足りないとは言えない。
営利目的	小さいが、無視できない。

出所：筆者作成。

い、という二次的な観点も重視する価値がある。

医療部門の様々な所有構造がどのような比率で構成されているにせよ、患者が病院を巡って競争するのではなく、病院が患者を巡って競い合うことが望ましい。競争は需要側ではなく供給側にあるべきなので、それが予算制約のハード化のカギとなる条件なのである。どれほど経済的パフォーマンスが悪くとも、独占的地位にある組織を破壊することは出来ない。財務規律を喧伝する一方で大規模な合併を推し進めるような政策は先が無く、矛盾している。失敗した組織の代わりを果たすことが出来る団体が存在する場合にのみ、退出の脅威を現実化出来るのである。

## 7 規範的結論

本研究はこれまで、SBC 症候群に対して現実的側面から接近して来た。ここで、規範的問題に少々触れておきたい。多くの経済学者たちは SBC に関する理論的仮説や現実的観測に基づき、極めて単純化された規範的結論を導出しがちである。それは、ハードな予算制約は良いものでありソフトな予算制約は悪い、あらゆる財政的支援は予算制約をソフト化させるため避けるべきだ、といったものであるが、そうした単純化は避けるべきである。

私の立場を初めに述べておくと、このような粗野で極端な規範的立場は私にとって極めて異質のものであり、これまでの私の著作にそうした記述をしたことは無い。あらゆる財政的支援を否認するというわけではない、他の多くの SBC 研究者達もそうである。

この問題は、米国や欧州そしてその他地域でも大規模な財政的支援が実施されることとなった昨今の金融危機によって緊急性を増している。財務的困難に直面しているいかなる組織に対する財務的支援も必要ではないと考えるのは、市場の現実さを盲目的に信奉する原理主義的経済学者くらしいものである。銀行その他の金融機関を支援することや、より危機の進行した段階で融資を受けることの出来ない債務超過の製造業企業を救済するといったことについて、その是非を判断することは本稿の目的ではない。そういう事例については、経済的影響、即ち生産面や雇用面に対する波及的效果を考える必要がある。

医療部門においては、問題は少々異なっている。問題の設定は似通っているが、ここでは我々は人々の健康というものを勘案することになる。少なくとも患者と医師たちは、病院の閉鎖は人々の健康状態に影響を与える可能性がある、と確信している。問題が銀行や自動車工場といったものではなく、病院であるというそのことのため、このジレンマは倫理的な意味を有するのである<sup>22)</sup>。

例をあげてみよう。Eggleston and Shen (2008) は、予算制約のハードさに対して病院がどのように反応するかを検討した。彼らの結論は、影響はよりソフトな予算制約の有する周知の欠点のみに留まらないというものであった。予算制約がソフトである場合、より効果的ではあるが同時により高価な、質の高い処置を施すことにもなりやすいのである。支払い能力が欠如する恐れが少ない病院はそうした処置を導入し易い。そしてそのことは、セーフティ・ネットを強化し、死亡率を低下させ得るのである。

このジレンマをより一般的に表現してみよう。もし病院が、財政的支援を受けることがないとすれば、どうなるのであろうか？どのような利点と問題点が生じるだろうか？

問題点は、関係者全てが即座にかつ各個に、その生活の中に内部化されたものとして実感することとなる（慣れ親しんだ処置を受けることが困難になったり、医師はそれまで獲得してきた労働条件を失ったりする）。だが、財政的支援を排除することによる利点は遅れて実現される。より強固な財務規律、より効率的な管理運営、支出の伸びの抑制、納税者に対する課税の軽減といった形で後々現れるのである<sup>23)</sup>。これら全ては社会全体を利するものであるが、個々人の成果として実感されるものではなく、おおむね無形の外部的效果として生じる。

我々は、現在の患者をいま助けたいと考えるのか、それとも将来のことも考えねばならないのであろうか？もし医療部門の資源を誤って用いれば、結果的には、より良い処置を供給可能とする資源を将来の患者から奪うことになる。繰り返す財政的支援を行うことは、責任の回避を助長し、長期的には望ましくない指針を示すこととなるのである。

このような倫理的なジレンマに対して、自明と言えるような解決方法は存在しない。従って本稿は、明確かつ実証的な結論を導き出すものではない。私には（大臣や立法院、市長そして地方議会などの）潜在的な救済者たちに対して、「もし病院が深刻な金融危機に直面したらそれは常に救済せねばならない」とか、或いは「病院の抱える負債がどのような規模のものであれ、救済すべきではない」といったような簡潔かつ明快な経験則を提示することは出来ないのである。いずれの姿勢も、一般論として推奨出来るものではない。救済するか否か、は状況次第であり、その組織を閉鎖するか救い出すかということに関わるあらゆる利点と問題点を勘案することによるのである。

救済は決して自動的になされるべきものではない。各事例はそれぞれ個別に考えねばならない。良心に沿った熟慮の上での結論が救済することであれば、それは長期的に不可避な欠陥を持っていること、とりわけ将来における財務規律の弛緩があり得ることを心に留めた上で実行する必要がある。そうした否定的影響は、一定の状況下ではある程度緩和することが可能である。例えば、危機に陥った原因を明確にしておくことも出来よう。その原因は全て外部的事由に帰することが出来るのか？或いは多くの場合がそうであるように、（管理者側のものであることが典型的だが）人為的ミスが存在したのではないのか？誰に責任が帰するかを明示するだけでは十分ではない。責めを負うべき者は、個人的にも罰を受けなければならない。失敗を埋め合わせるのに公金を支出する一方で、その失敗に関わった者が何の支障もなく高い賃金を受け取ったままにさせておくことは許容出来ないものである。

外部からの救済は、コストの削減や労働組織の改善、そしてより高度な支出管理といった内部的措置も伴わなければならない。

救済するかそれを拒絶するかということについて、自明かつ一般的に有効な決まり事は存在しない。従って意思決定を行うに先立って躊躇するのは世の常である。この点、規範的ジレンマは実証主義的な分析にも与えるものがあり得る。医師や病院経営者、中央・地方政府、所有者、そしてこれまで言及してこなかったがジャーナリストや研

究者など、全ての関係者がもしこの手強い倫理的ジレンマによって心動かされるのであれば、予算制約のハード化に対する社会の抵抗は強まるであろう。

## 8 終わりに

医療部門における SBC の発生はハンガリーや旧社会主義圏に独特のものではない。国家所有や国家規制、そして国家による金融が大きな役割を果たすことが不可避であるような現代的な民主主義的資本主義国家を含む、あらゆる地域で必ず生ずる傾向なのである。さらにそれは増殖し、一度姿を消しても時を追ってまた現れてくるものである。

だからといってただ黙って過ごすというわけではない。この傾向が強くなり過ぎないようにするために出来ることは沢山ある。浪費しようとする傾向に打ち勝つためには、道徳的そして金銭的な誘因を用いるべきである。過剰な支出が自動的に認められるということがあってはならない。もし財務的に問題を抱えた病院を国家資金によって救済するという強い議論が呈される状況になったとすれば、その際にはどういう理由で困難が生じたのかということについて密な検討を行うと共に、責めを負うべき者を解任する必要がある。非国家所有形態のものが参入する道を開放しておかなくてはならない。それは業務の予算制約のハード化の機会を高めるであろう、という点がその理由の一つである。医療部門の供給者サイドに競争が存在するのは望ましいことなのである。

いずれの手段も努力を要するものではある。しかしながら、予算制約のソフト化と戦うに当たっては、熱狂的な市場原理主義者のように盲目的かつ独断的な闇雲で極端なやり方を採ったりせず、正当な反論は勿論のこと、誤解から生じている患者や医師の抱える不安をも勘案し、人間味のある手法に依っていかうではないか。

（ハーヴァード大学名誉教授・ハンガリー科学アカデミー会員）

一橋大学経済研究所ロシア研究センター訳  
（久保庭眞彰監訳；岩崎一郎・雲和広・横川和穂訳）

## 注

1) 本研究に用いたハンガリーに関するデータの収集と加工のために、私は、Csaba Dózsa氏と緊密に協力した。研究課題に関するDózsa氏の専門知識と知悉さは、ハンガリーの問題状況を把握する上で、大変な助けとなった。Dózsa氏は、Nikoletta Malbaski氏をはじめとする他の人々と共同して行ったデータ収集作業を陣頭指揮してくれた。私は、彼らの徹底のかつ用意周到な仕事振りと貴重な示唆に大変感謝している。私の以前の生徒であり、共著者でもあるKaren Eggleston教授からも実に価値ある助言を得た。Zsuzsa Dániel, Péter Forgács, Gyula Kincses, Mária Lipták, Melinda Makár, Péter Mihalicza及びAndrea Reményi各氏からの有益な支援にも感謝したい。私の以前の研究業績においてそうであったように、Eszter Nagy氏は、文献整理と本稿の編集作業に惜しみない助力をしてくれた。また、Brian McLean氏の素晴らしい翻訳作業と私の研究活動に対するブダペスト評議会及び中央ヨーロッパ大学の支援にも謝意を述べる。

2) SBC理論の出発点は、Kornai (1979) 及び拙著『不足の経済学』(Kornai, 1980) で表わされ、その後、他の様々な研究者がこの分野に参加した。Kornai *et al.* (2003) は、本理論の中心的アイデアと同分野の研究活動の様々な展開振りを概説した最も新しいサーベイ論文である。

3) 本研究の事前調査活動は、遡ること数年前に、ハンガリーの病院に関する財務及び他の経営活動に関するデータベース作りから始まった。本データベースの拡張は、Csaba Dózsa氏とその調査チームによって継続されており、ハンガリー病院部門の経済的・経営的諸問題を明らかにするため、更なるデータ分析が行われる予定である。

4) 所有構造の観点で言えば、これらの表がカバーしている入院施設には、国有施設のみならず、教会所有の病院も含まれている。これら教会所有施設は、本稿後半では、「非営利・非国家下位部門」として、国有病院とは区別される。表のデータは、入院処置を行う病院を対象を限っており、独立した外来医療施設は、除外されている。

5) この値は、負債を抱える病院を担当する国家(財務省または地方政府)の管理者を指名する際に用いられる基準であり、企業部門において管財人を派遣する際の判断基準に似ている。

6) ここでの区分には、年末ではなく、年央のデータを意識的に用いた。病院(や他の機関)から所有機関や税務署等へ提出される会計報告書がそうであるように、会計システムは、年度末の数値に焦点を当てる。しかし、12月31日時点の財務ポジションは、収益を前倒しし、支出を繰り越す等々、数値を操作する色々な術が織り込まれている。他方、6月30日時点の財務ポジションを粉飾しようというインセンティブはないから、年央の財務データからは、現実の問題がより明確に現れるのである。

7) 利用可能なデータで、これら42病院グループから、内部的手段と外部的手段の両方を用いた事例を選り分けることは不可能であった。即ち、支出カットと健全

な収入増は、救済活動と意味を同じくするからである。これら混合的事例は、財務危機の対処の仕方において、自助努力と救済措置のいずれがより特徴的であったのかに応じて、区別されている。

8) 2004年に、いわゆる営業規模規制(performance volume restrictions)が導入された。これは、各年毎に、国家健康保険基金が100%財源補填を行う営業規模に上限を設けるものである。仮に営業規模が上限を超過した場合は、基金からの追加的財源補填は、逡減された比率に従う。つまり、病院のアウトプットが大きくなればなるほど、基金からの追加的財源補填はより小さくなる。この過激な中央政府の介入措置が、効果的な経費抑制手段となるのか否かについては、数多くの議論があるが、この問題は、本稿の考察対象外である。

9) 表4に引用した文献のいくつかは、SBC理論の用語法を採用している。他の文献は、別の表現(例えば、組織退出の原因、分布及び効果を語る際等に)を用いているが、それらも、疑いなく、SBC症候群の存在が追跡し得るような仕方でも議論を行っている。

10) 自己負担の比重が高ければ高いほど、逆のインセンティブも強くなる。西ヨーロッパの数カ国を含む多くの諸外国では、一部自己負担制度が長年定着している。ハンガリーでは2007年に導入されたが、2008年の国民投票によって医療保険を含む全ての形態の自己負担制度が撤回された。

11) アメリカの研究者Capps *et al.* (2006) は、病院の閉鎖による利益と損失に関する費用便益計算を行った。後者に対する彼らのアプローチは主に、閉鎖された病院と最寄りの機能している病院への自動車での通院時間を計算するというものである。この時間の差は、追加的な通院に金額評価を与えるために、平均時給と掛け合わされる。著者たちはもちろん、これを単純に消費者の損失の代理変数として扱っている。記述が強調するように、損失は回復のチャンスや生と死のリスクを含むいくつかの要因を結合したものである。

12) 医師に謝金を渡すことは旧社会主義圏で広く見られる現象である。

13) 合併や集中によって医療部門のパフォーマンスを向上させることには、純粋に経済学的な意味でも問題がある。一方には規模の経済があり、より大きな単位はより少ない平均費用で操業する。しかし他方では、その結果もたらされる競争の制約は、費用削減のインセンティブを弱め、財務規律を侵食し、SBC症候群を定着させる。

14) 今日では、世界中、経済の全ての分野で大規模な救済措置がとられているので、その要望もますます頻繁に耳にするようになっていく。救済は、問題となっている機関(銀行、製造業企業等)の経営者の解任をも伴うものとするべきである。いくつかの国ではその履行に関する法律を制定すべきだとの提案がなされている。

15) 政治的対立において誰が正しいか否かに関係なく、私はその概念の創出者として、ノルウェーの政治家たちが議論の中で「ソフトな予算制約」という表現を使っていることを知って嬉しく思っていることを否定で

きない。

16) 今後、各々の救済事例について政治的に偏りのない分析を行うことが、ハンガリーにおいて連帯効果がどれくらい強いのか、即ちそのような「近接性」或いは「距離の存在」が救済資金の配分にどのように影響するか、を明らかにする手段の一つとなり得るであろう。このような検証がなされなければ、上述の見解は、単に事情通の専門家の印象を反映しただけに過ぎないものとなる。公平な立場に立つ研究者によるさらなる研究が望まれる。

17) これは私の家族の間では「顧客係員効果」として知られている。私の家内がある日タクシーの運転手から聞いたことであるが、彼はかつて水泳場の顧客係員としてもっと稼いでいたということであった。ではなぜ彼はそれを辞めたのだろうか。それは選挙後に新しい経営者が任命され、一緒に自分自身の係員たちを連れて来たからである。

18) 私が注16で救済資金の配分について指摘したことは、任命と解任との実態についても同様に当てはまる。綿密かつ政治的に偏りのない検証が欠けているため、頼れるのは当てずっぽうでしかない。将来の研究がこの重要な問題に取り組むことを望みたい。

19) この点で本研究は、SBC症候群と財政的分権化との間の関係に関わって増え続けている諸文献と関連がある。Qian and Roland (1998) や Rodden (2000) の研究、Eskeland *et al.* (2003) の著書を参照のこと。

20) これは「罪のなすり付け合い」という表現を採るのがより良いであろう。主体間での非難合戦が拡大することによってこうした状況になる。

21) 米国における所有形態毎の比率の変化を歴史的に見ることは興味深い。1928年には37万1千の病床があり、うち31%が国有、53%が非営利民間部門であり、16%が営利病院のものであった。2000年には病床は倍以上に増え82万4千で、国有は16%、非営利民間部門は71%そして営利病院が13%となった。非営利形態が圧倒的なものとなっている (American Hospital Association の *Hospital Statistics* を参照)。

22) ハードな予算制約とその社会厚生面との関係に付随する規範的ジレンマについては Hardy (1992) を参照されたい。

23) 非効率的な病院を閉鎖することの肯定的影響については、Lindrooth *et al.* (2003) の実証研究によって詳細に披露されている。

## 参考文献

American Hospital Association, *Hospital Statistics*, Chicago and Washington, D. C.: American Hospital Association. (Available at: <http://www.aha.org>)

Bordignon, M. (2000) *Problems of Soft Budget Constraints in Intergovernmental Relationships: The Case of Italy*, Working Paper R-398, Washington, D. C.: Inter-American Development Bank.

Bordignon, M. and G. Turati (2003) *Bailing Out Expectations*

*and Health Expenditure in Italy*, CESifo Working Paper 1026, München: Center for Economic Studies, Ifo Institute.

- Capps, C., D. Dranove, and R. C. Lindrooth (2006) *Hospital Closure and Economic Efficiency*, Unpublished Working Paper, Evanston: Center for Health Industry Market Economics, Kellogg School of Management, Northwestern University.
- Chakravarty, S., M. Gaynor, S. Klepper, and W. B. Vogt (2005) *Does the Profit Motive Make Jack Nimble? Ownership Form and the Evolution of the U. S. Hospital Industry*, NBER Working Paper 11705, Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Colombo, F., P. Zurn, and H. Oxley (2006) *OECD Review of Health Systems: Switzerland*, Paris: OECD Publishing.
- Dasgupta, S., A. Dhillon, and B. Dutta (2009) *Electoral Goals and Center-State Transfers: A Theoretical Model and Empirical Evidence from India*, *Journal of Development Economics*, Vol. 88, No. 1, pp. 103-119.
- David, G. (2006) *The Convergence between For-Profit and Nonprofit Hospitals in the United States*, Paper presented for the Annual Meeting Allied Social Science Associations, Boston, January, 2006.
- Dewatripont, M. and M. Maskin (1995) *Credit and Efficiency in Centralized and Decentralized Economies*, *Review of Economic Studies*, Vol. 62, No. 4, pp. 541-555.
- Duggan, M. G. (2000) *Ownership and Public Medical Spending*, *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 115, No. 4, 2000, pp. 1343-1373.
- Eggleston, K. (2008) *Soft Budget Constraints and the Property Rights Theory of Ownership*, *Economics Letters*, Vol. 100, No. 3, pp. 425-427.
- Eggleston, K. and Y. Shen (2008) *Soft Budget Constraints and Ownership: Empirical Evidence from US Hospitals*, Unpublished Working Paper, Stanford: Walter H. Shorenstein Asia-Pacific Research Center, Stanford University.
- Eskeland G. S., J. I. Litvack, and J. Rodden, eds. (2003) *Fiscal Decentralization and the Challenge of Hard Budget Constraints*, Cambridge, MA: MIT Press.
- Hagen, T. P., J. Magnussen, and O. M. Kaarboe (2007) *Centralized or Decentralized? A Case Study of the Norwegian Hospital Reform*, *Social Science & Medicine*, Vol. 64, No. 10, pp. 2129-2137.
- Hardy, D. C. (1992) *Soft Budget Constraints, Firm Commitments, and the Social Safety Net*, *IMF Staff Papers*, Vol. 39, No. 2, pp. 310-329.
- Kornai, J. (1979) *Resource-Constrained versus Demand-Constrained Systems*, *Econometrica*, Vol. 47, No. 4, pp. 801-819.
- Kornai, J. (1980) *Economics of Shortage*, Amsterdam: North-Holland (盛田常夫訳『不足の政治経済学』岩波書店, 1984年)。



- Kornai, J. and K. Eggleston (2001) *Welfare, Choice and Solidarity in Transition Reforming the Health Sector in Eastern Europe*, Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Kornai, J., E. Maskin, and G. Roland (2003) Understanding the Soft Budget Constraint, *Journal of Economic Literature*, Vol. 41, No. 4, pp. 1095-1136.
- Lindrooth, R. C., A. T. Lo Sasso, and G. J. Bazzoli (2003) The Effect of Urban Hospital Closure on Markets, *Journal of Health Economics*, Vol. 22, No. 5, pp. 691-712.
- Newhouse, J. P. (1993) An Iconoclastic View of Health Cost Containment, *Health Affairs*, Vol. 12 (Supplement), pp. 152-171.
- OECD (1997a) *OECD Economic Surveys: Austria 1996/1997*, Vol. 1997, Issue 5, Paris: OECD Publishing.
- OECD (1997b) *OECD Economic Surveys: Greece 1996/1997*, Vol. 1997, Supplement 1, Paris: OECD Publishing.
- OECD (1998) *OECD Economic Surveys: Finland 1997/1998*, Vol. 1998, Issue 15, Paris: OECD Publishing.
- OECD (1999) *OECD Economic Surveys: Belgium and Luxembourg 1998/1999*, Vol. 1999, Issue 4, Paris: OECD Publishing.
- Rae, D. (2005) *Getting Better Value for Money from Sweden's Healthcare System*, OECD Economics Department Working Papers 443, Paris: OECD.
- Perry, G. and D. M. Leipziger (eds.) (1999) *Chile: Recent Policy Lessons and Emerging Challenges*, Washington, D. C.: World Bank.
- Qian, Y. and G. Roland (1998) Federalism and Soft Budget Constraint, *American Economic Review*, Vol. 88, No. 5, pp. 1143-1162.
- Robinson, J. A. and R. Torvik (2006) *A Political Economy Theory of the Soft Budget Constraint*, NBER Working Paper 12133, Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Rodden, A. (2000) *Breaking the Golden Rule: Fiscal Behavior with Rational Bailout Expectations in the German States*, Paper prepared for the Workshop: European Fiscal Federalism in Comparative Perspective, Center for European Studies, Harvard University.
- Shen, Y. and K. Eggleston (2008) *The Effect of Soft Budget Constraints on Access and Quality in Hospital Care*, NBER Working Paper 14256, Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Succi, M., S-Y. F. Lee, and J. A. Alexander (1997) Effects of Market Position and Competition on Rural Hospital Closures, *Health Services Research*, Vol. 31, No. 6, pp. 679-699.
- Tjerbo, T. and T. P. Hagen (2008) *Deficits, Soft Budget Constraints and Bailouts: Budgeting after the Norwegian Hospital Reform*, Unpublished Manuscript, Oslo: Institute of Health Management and Health Economics, University of Oslo.