

【論文】

準市場の優劣論とイギリスの病院の選択制(1)

児山正史

目次

1. はじめに
2. 概観
3. 供給者への誘因
4. 利用者の行為主体性
5. 条件の充足 (以上、本号)
6. 良いサービスの提供
7. おわりに

1. はじめに

本稿は、準市場(quasi-market)の優位というルグラン(Julian Le Grand)の主張に沿って、イギリス(イングランド)の病院の選択制に関する実証的な調査・研究を整理し、イギリスにおける病院の選択制が他の方式と比べて優れているといえるかどうかを考察する。

準市場とは、サービスの費用を利用者ではなく政府が負担する(「準」)一方で、当事者(政府、供給者、利用者など)の間に交換関係がある(「市場」)方式である。準市場にはいくつかのタイプがあるが、日本では、利用者が供給者を選択する型(利用者選択型)を指すことが多い(児山2004)。準市場の代表的な研究者であるルグランによると、準市場(利用者選択型、以下同じ)は、供給者に誘因を与え、利用者を行為主体として扱うことなどにより、競争・情報・いいとこ取りなどに関する条件が充たされるならば、質・効率性・応答性(利用者のニーズ・欲求への応答)・公平性などの点で良い公共サービスを提供する可能性が他の方式よりも高い(児山2011: 20, 28)。

準市場は、日本の介護、障害者福祉、保育、医療、教育(一部の自治体の小中学校)、イギリスの教育に導入されており、筆者は、これらの準市場に関する議論や実証的な調査・研究を整理して、準市場が他の方式と比べて優れているといえるかどうかを考察するなどしてきた(児山2021-2023bなど)。また、次章で述べるように、イギリスでは、2006年から患者が病院を選択できるようになるなど、医療にも準市場が導入された。イギリスの病院の選択制に関しても、実証的な調査・研究が蓄積されており、それらを整理した文献もあるが(Greener et al. 2014: 88-97; Propper 2018; Aggarwal et

al. 2017a; Zander et al. 2019; Shen et al. 2019; 堀2016 : 223など)、取り上げられている調査・研究（イギリスに関するもの）は本稿よりも少なく、また、準市場の優位というルグランの主張を検証する観点から整理した文献は見られない。

以下の各章では、イギリスの医療の制度と準市場の導入の経緯を概観した上で、ルグランの主張に沿って、供給者への誘因、利用者の行為主体性、成功の条件の充足、良いサービスの提供について、実証的な調査・研究を整理する。

2. 概観

(1) イギリスの医療制度

イギリスの公的医療制度は、NHS (National Health Service) (国民保健サービス) と呼ばれる。NHSは、誰でも利用可能な包括的なサービスを無料で供給することを原則としており (DHSC 2021)、その費用は税金でまかなわれる。

医療の供給者は、1次医療と2次医療の供給者に区別される。健康上の懸念がある時に最初に接触するのは、一般医 (general practitioner) などの1次医療の供給者である。一般医は、診療所で問題を解決することもあるが、より専門的な治療やさらなる検査が必要な場合は、病院などの2次医療の供給者に患者を紹介する。

現在では、NHSの基準に適合する組織は、NHSが費用を負担するサービスを供給することができる。病院の大部分はNHSに属しているが、公益団体、私的組織、社会的企業なども公費負担のサービスを供給している。NHSに属する病院は、NHSトラスト (trust) またはNHSファウンデーショントラスト (foundation trust) が設置している。前者は、国務大臣が命令によって設立することができ、後者は、NHSトラストが申請し、認可を受けて移行することができる。前者は、国務大臣が剰余金とみなした額を国庫に納入しなければならないなど、国の関与が強い (DH 2013: 4-5; National Health Service Act 2006: 25, 27, 30, 33-36, 46, schedule 5)。

NHSのサービスに関する計画や購入を担う個人・組織を委託者 (commissioner) と呼ぶ。一般医が患者を病院に紹介すれば、一般医は実質的に患者のために病院から医療を購入することになるので、これも委託であるとされる (病院はNHSのシステムを通じて支払いを受ける)。一般医がどのような医療を患者のために購入できるかは、委託組織によって決定される。委託組織は、供給者が提供すべきサービスの詳細な仕様を明示した契約を作成し、供給者の業績を評価し、成果を監視する (DH 2013: 6-7)。委託組織の1つは一般医が加入するものであり、2013年までは1次医療トラスト (primary care trust)、2013～22年は診療委託団体 (clinical commissioning group)、2022年からは統合医療委員会 (integrated care board) と呼ばれ (National Health Service Act 2006: ch.2, 3)、2011年度にはNHSの予算の84%が配分されていた (DH 2012: 64)。

(2) 準市場の導入

本稿でいう準市場とは、サービスの費用を政府が負担する一方で、利用者が供給者を選択し、当事者（政府、供給者、利用者）の間に交換関係がある方式である。イギリスの医療では、政府が費用を負担する点は変わっていないが、2006年に患者が病院を選択できるようになり、2003年から段階的に病院への出来高払い（payment by results）が導入されて交換関係が明確になった。

まず、2006年1月以降、患者は、専門医の初診の外来予約のための紹介を一般医から受ける際に、少なくとも4つの供給者の選択を提示されることになった。さらに、2008年4月から、患者は、NHSの基準と価格に適合するすべての供給者への紹介を自由に選択できるようになり、2009年のNHS憲章では、これは患者の権利であるとされた。NHS憲章は、2009年の医療法により、NHSのサービスの供給・委託・規制を行う団体・個人が尊重しなければならない旨が規定された（DH 2005: 18; DH 2009: 49; DH-NPCS 2009: 5; Health Act 2009: 2）。

これに先立ち、2003年度から段階的に、病院への出来高払いが導入された。以前は、委託者は病院と一括契約を結び、病院が受け取る金額は患者数に関わらず一定になる傾向があった。他方、出来高払いの下では、委託者が医療の供給者に対し、診療を受けた患者ごとに、医療ニーズの複雑さを考慮して支払う。そのために、同じ水準の医療資源を使用する診療群（healthcare resource group）（医療資源群）ごとに、全国統一の料金表が作成された。この料金表は、2003年度に初めて作成され、2008年度には、NHSに属するすべての病院がその価格で支払われるようになった（DH 2012: 8-9, 50）。

3. 供給者への誘因

ルグランによると、準市場では、供給者は、利用者に選択されないことによって資金を失うなどの不都合な結果に直面するので、サービスの質を改善し、より応答的になろうとする（児山2011: 19）。

イギリスの医療の供給者に関しても、NHSの病院の管理者は、黒字を出すか、赤字を出さない誘因を持つという見方がある。その主な理由は、第1に、財務面の業績が良い病院は、ファウンデーション・トラストの地位を認められて、剰余金を保持するなどの自律性を与えられること、第2に、業績の悪い病院の管理者が交代させられたことがあるということである（Cooper et al. 2011: 233; Cooper et al. 2018: 66; Gaynor et al. 2013: 139）。これに対して、NHSの病院は歴史的に財務面の困難に陥ってきたが、管理者や医師が不利益を受けることは少なく、特に医師は、患者の選択や支払額を気にする誘因はほとんどなく、財務面の問題によって職を失うとは全く思っていないという見方もある（Greener 2012: 193）。

病院の管理者と医師が財務面の業績をどのくらい重視しているかについては、全国のNHSトラストを通じた1997年（選択制の導入前）の調査（回答は管理者896、医師681）がある。まず、自身の職業生活がトラストの財務面での成功にどのくらい依存しているかを尋ねたところ、管理者の回答は、非常に大きい19%、大きい49%（計68%）だったのに対し、医師の回答は、それぞれ6%、

23%（計29%）であり、普通が38%、小さいが23%、非常に小さいが10%だった。次に、収支均衡を含む7項目の優先順位を尋ねたところ、管理者の平均順位は、上位のものから、収支均衡が2.0位、サービスの質の維持が2.3位、サービスの量の維持が2.6位だったのに対し、医師は、サービスの質の維持が1.8位、サービスの質の向上が2.1位、サービスの量の維持が2.8位であり、収支均衡は下から2番目の3.9位だった。また、財務面の均衡を第1位と回答した割合は、管理者は49%、医師は7%だった(Crilly & Le Grand 2004: 1812-7)。

以上のように、病院の財務面の業績を維持・向上する誘因を管理者は持つという見方や、医師は持たないという見方があり、選択制導入前の調査でもそのような結果が示された。

4. 利用者の行為主体性

準市場は、利用者が供給者を選択するという点で利用者を活動的な行為主体として扱うが、利用者は選択を望んでいないという批判があった。また、ルグランも、高齢者や教育水準が低い人は治療に関する決定への参加を望まないことを示す研究があると認めていた(児山2011:22-3)。本章では、イギリスにおける病院の選択の希望、認知、提示、行使、過程と評価に関する調査結果を整理する。

(1) 選択の希望

患者はどの病院に行くかについてどのくらい発言権・選択を持つべきか、病院の選択はどのくらい重要かを尋ねた調査によると(表1)、大いに・かなり発言権・選択を持つべきという回答や、選択は非常に重要・重要という回答の合計は6～8割だった。

属性別に見ると、まず、2004年の調査結果(イングランド以外も含む英国、回答3,199)の分析によると、病院についての発言権を大いに・かなり持つべきという回答が平均よりも統計的に有意に

表1 選択の希望

(単位: %)

設問	年	回答				N	出典等
		大いに	かなり	少し	全く		
NHSの患者はどの病院に行くかについてどのくらい発言権を持つべきか	2004	21	42	28	9	3,199	①
	2004	62		—	—	2,684	②
	2005	68		—	—	2,721	
	2007	76		—	—	2,635	
NHSの患者はどの病院に行くかについてどのくらい選択を持つべきか	2007	29	51	16	3	2,022	
		非常に重要	重要	やや重要	少し重要	重要でない	
病院の選択を提示されることはどのくらい重要か	2009	75		14	11	2,162	③

・出典：① Park et al eds. 2005: 242, 292; ② Park et al. eds. 2009: 40-1, 59; ③ Dixon et al. 2010: 31, 170.

・注：「—」は数値なし(以下の表でも同様)。①イングランド以外も含む英国。

(5%水準、以下、特に断らない限り同じ) 多かったのは、女性、55～64歳、義務教育だけを受けた人⁽¹⁾、最近の入院治療の経験がある人であり、同じく少なかったのは、男性、18～34歳、高等教育を受けた人、最近の入院治療の経験がない人だった (Park et al. eds. 2005: 132)。次に、2007年の調査結果の分析 (対象1,722) によると、病院の選択を持つべきとする程度 (回答を1～4点に換算したものは、女性、教育水準が低い人の方が統計的に有意に大きかった (Zigante 2011: 724, 726, 728)。また、2009年の調査結果の分析 (対象1,623) によると、病院の選択は非常に重要または重要という回答は、男性よりも女性、16～35歳よりも51～80歳、大卒以上よりも義務教育の資格証明がない人、白人よりも白人以外、近くの病院での経験が良かった人よりも悪かった人の方が統計的に有意に多かった (Dixon et al. 2010: 31-2)。

このように、病院についての発言権・選択への肯定的な回答は、全体の6～8割であり、女性、中高年以上、白人以外、教育水準が低い人の方が多かった。

(2) 選択の認知

病院を選択できることを知っていたかを尋ねた調査によると (表2)、知っていた割合は、2006年は3割だったが、年々増加し、2009～10年には5割になった。なお、患者は病院を選択できるかを尋ねた2007、2009年の調査によると (表2)、選択できないという回答は2割だった。

属性別に見ると、2009年の調査結果 (回答2,181) の分析によると、病院を選択できることを知っていた割合は、女性よりも男性、16～35歳よりも51歳以上、義務教育の資格証明がない人よりも大卒以上の人が統計的に有意に大きかった (Dixon et al. 2010: 27, 172)。

このように、病院を選択できることを知っていた割合は、徐々に増加し、2009～10年には5割になったが、男性、中高年以上、教育水準が高い人の方が大きかった。

表2 選択の認知

(単位: %)

設問	年	回答				対象	N	出典等
		はい	いいえ					
一般医を訪れる前に 病院を選択できることを 知っていたか	2006	29	69			患者	78,773	①
	2007	36	63				73,000	
	2008	43	57				72,153	
	2009	50	49				93,217	
	2010	54	46				69,040	
	2009	45	55			2,161	②	
どの病院に行くかについて 利用者はどのくらい選択できるか	2007	大いに	かなり	少し	ない	住民	2,022	③
		2	17	54	23			
患者は病院を選択できるか	2009	NHSと 民間	NHSのみ		なし	住民	2,917	④
		25	51		21			

・出典: ① DH-NPCS 2010: 16; ② Dixon et al. 2010: 26; ③ Curtice & Heath 2012: 492; ④ Park et al. eds. 2010: 91, 231.
 ・注: ①複数回の調査がある年は最も早いもの。

(3) 選択の提示

病院の選択を提示されたかを尋ねた調査によると（表3）、提示された割合は、入院患者は2007～19年に3割で横ばいであり、外来患者は2006年の30%から2007年の45%に急増した後、2010年の49%まで微増した。なお、2009年の調査では、選択肢を提示された人にその数を尋ねたところ（回答1,033）、2つが49%、3～5つが49%だった（Dixon et al. 2010: 48）。

属性別に見ると、2009年の同じ調査結果の分析によると、病院の選択を提示されたという回答は、男性よりも女性の方が統計的に有意に多かったが、年齢、民族、教育水準による有意な違いはなかった（ibid: 58）。

このように、病院の選択を提示された入院患者は2007～19年に3割、外来患者は2007～10年に5割でおおむね横ばいだった。属性別には、女性の方が多く、年齢、民族、教育水準による違いはなかった。

(4) 選択の行使

患者が病院の選択をどのくらい行使しているかについては、人々の認識を尋ねた調査と患者の行動の分析がある。

第1に、NHSの患者がどの病院に行くかについて実際にどのくらい発言権を持っていると思うかを尋ねた2007年の調査（回答2,635）によると、大いに・かなり持っているという回答の合計は19%

表3 病院の選択を提示された割合

(単位：%)

年	入院患者	外来患者	
2006	—	30	—
2007	28	45	—
2008	33	46	—
2009	31	47	49
2010	31	49	—
2011	28	—	—
2012	27	—	—
2013	27	—	—
2014	26	—	—
2015	27	—	—
2016	26	—	—
2017	27	—	—
2018	26	—	—
2019	25	—	—
N	20,004-34,339	69,040-78,773	2,111
出典等	①	②	③

・ 出典：① CQC 2008: Q6; CQC 2009: Q6; CQC 2019: Q5; ② DH 2010: 16, 27; ③ Dixon et al. 2010: 48.
・ 注：設問は、①専門医への紹介の際に病院の初診の予約のための選択を提示されたか、②病院の初診の予約のための選択を提示されたか、③病院の選択を提示されたか。

だった（他の選択肢は、少し持っている、全く持っていないだが、数値は不明）（Park et al. eds. 2009: 40-1）。

第2に、患者の行動の分析によると、最も近くの病院以外の病院（以下、遠くの病院）を利用した割合は（表4）、2006年度以降は、手術が3～5割程度、放射線治療が2割だった。

ただし、2002～05年度にも、手術の患者の3～4割が遠くの病院を利用していた。また、膝関節・股関節置換術の患者が遠くの病院に通う割合は、2002～05年度と比べて2006年度以降の方が増加したが、2002～05年度の間にも増加しており、2006年度以降の増加が選択制の導入によるものかどうかは不明確である（なお、冠動脈バイパス手術の患者の数値は2002～10年度に横ばいだったが、心臓手術を6か月以上待機していた患者は2002年度から病院の選択が可能になっていた（DH 2002: 22））。この点に関して、2009年の調査によると、遠くの病院を利用した割合は、選択を提示された患者（1,005）の53%、選択を提示されなかった患者（1,007）の39%（差は14%ポイント、民間病院の患者の標本が過大であることを補正すると12%ポイント）であり（Dixon et al. 2010: 60, 171）、選択制によって6～7%ポイント増加した程度であると考えられる。

属性別に見ると、まず、2009年の同じ調査結果の分析によると、遠くの病院を利用した割合は、16～35歳よりも51～65歳、義務教育の資格証明がない人よりも大卒以上、近くの病院での経験が

表4 最も近くの病院以外の病院を利用した割合

（単位：％）

治療内容	年度	割合	N	出典等
膝関節置換術	2002	30	463,953	①
	2005	37		
	2007	38		
	2010	53		
膝関節置換術	2002	26	546,474	②
	2012	49		
股関節置換術	2002	31	414,433	①
	2005	37		
	2007	39		
	2010	55		
	2008	40	39,060	③
	2010-2012	44	171,472	④
冠動脈バイパス手術	2002	38	114,291	①
	2005	37		
	2007	40		
	2010	34		
前立腺癌の前立腺全摘除術	2010-2013	34	19,256	⑤
結腸癌切除	2016-2018	27	31,258	⑥
直腸癌切除	2016-2018	30	13,041	
前立腺癌の放射線治療	2010-2013	21	44,363	⑦

・出典：① Moscelli et al. 2021: 392, 394, 398; ② Moscelli et al. 2016: 113-5, 117; ③ Beckert et al. 2012: 406-8; ④ Gutacker et al. 2016: 232, 235; ⑤ Aggawal et al. 2018: 823; ⑥ Aggarwal et al. 2023: 3; ⑦ Aggarwal et al. 2017c: 1262, 1264.

・注：2006年度以降の数値を太字にした。①35歳以上、②③18歳以上。Nは①2002～10年度、②2002～12年度の総数（各年度の数は不明）。

良かった人よりも悪かった人、市街地とその近郊よりも町村部の住民の方が統計的に有意に大きかったが、性別や民族による有意な違いはなかった (ibid.: 63-4)。次に、2010～14年に前立腺癌の全摘除術と放射線治療を受けた患者 (各19,256、44,363) のデータの分析によると、社会経済的剥奪の程度が大きい地域よりも小さい地域、30歳以下や65歳以上よりも31～64歳、都会よりも田舎の患者の方が、病院の利用に対する通院時間の影響は小さかった (Aggarwal et al. 2018: 823-4; Aggarwal et al. 2017c: 1264-5, 1267)。また、2016～18年に結腸癌・直腸癌切除を受けた患者 (各31,258、13,041) のデータの分析でも、社会経済的剥奪の程度が大きい地域よりも小さい地域、70歳以上や30歳以下よりも31～69歳、都会よりも田舎の患者の方が、病院の利用に対する通院時間の影響は小さかったが、性別による有意な違いはなかった (Aggarwal et al. 2023: 3-4, 7)。

ただし、2002～10年度に冠動脈バイパス手術と経皮的冠動脈形成術を受けた患者 (各109,487、211,589) のデータの分析によると、遠くの病院を利用した割合は、選択制の導入前後を通じて、所得が上位20%の地域に住む患者の方が下位20%の地域に住む患者よりも統計的に有意に大きかった (Moscelli et al. 2018a: 294-7)。

このように、遠くの病院を利用した患者は、選択制の導入によって6～7%ポイント増加した程度であると考えられる。また、中高年、教育水準・所得が高い人、田舎の住民の方が遠くの病院を利用していたが、所得については選択制の導入前から同様の違いがあり、選択制によって違いが生じたとはいえない。

(5) 選択の過程と評価

選択の過程については、まず、選択を提示された人 (33,366～51,794) に対して病院の初診をどのように予約したかを尋ねた2007～10年の9回の調査によると、コールセンターに電話が38～46%、インターネット経由が4～12% (計50～51%)、一般医が23～25%、画面上で (一般医や診療所職員と一緒に) が20～23%だった。なお、電話が減少し (46%から38%へ)、インターネットが増加した (4%から12%へ) 以外には、増減の傾向は見られなかった (DH-NPCS 2007f-2010)。また、選択を提示された人 (987) に対して病院を誰が予約したかを尋ねた2009年の調査によると、自ら電話が53%、自らインターネットで6%、一般医が26%、診療所の受付が5%などだった (Dixon et al. 2010: 50)。

最後に、病院の選択を提示された患者に対して選択の過程への満足度を尋ねた2006～07年の調査によると (表5)、非常に満足という回答が5割、かなり満足が3割だった。

このように、病院の選択を提示された患者の5～6割は自ら電話やインターネットで予約し、8割は選択の過程に満足していた。

本章では、病院の選択の希望、認知、提示、行使、過程と評価に関する調査結果を整理してきた。患者が病院についての発言権・選択を持つことへの肯定的な回答は2004～07年に6～8割だった。

表5 病院の選択の過程への満足度

(単位：%)

年	月	回答					N	出典頁
		非常に満足	かなり満足	どちらでもない	かなり不満	非常に不満		
2006	5-6	48	27	15	3	3	23,428	10
	7	48	27	15	3	3	24,492	12
	9	51	27	13	3	2	26,535	13
	11	51	26	13	2	3	23,552	13
2007	1	52	27	13	2	2	32,825	9
	3	52	26	13	3	3	36,090	12
	5	52	27	12	2	3	33,273	13
	7	51	27	12	3	3	27,054	13
	9	52	27	12	2	2	41,403	12

・出典：DH-NPCS 2006a-2007e.

・注：選択を提示された患者への設問。

また、病院を選択できることを知っていた割合は増加傾向であり、2006年の3割から2009～10年の5割になった。しかし、病院の選択を提示された入院患者は2007～19年に3割、外来患者は2007～10年に5割でおおむね横ばいだった。また、2009年の調査結果の分析からは、選択制の導入によって遠くの病院を利用するようになった患者は1割であると考えられた。他方で、病院の選択を提示された患者の5～6割は自ら予約し、8割は選択の過程に満足していた。

属性別に見ると、病院についての発言権・選択への肯定的な回答は、女性、中高年以上、白人以外、教育水準が低い人の方が多かった。また、病院の選択を提示された患者は、女性の方が多く、年齢、民族、教育水準による違いはなかった。他方で、病院を選択できることを知っていた割合は、男性、中高年以上、教育水準が高い人の方が大きかった。なお、遠くの病院を利用した患者は、中高年や所得・教育水準が高い人の方が多かったが、所得については選択制の導入前から同様の違いがあった。

5. 条件の充足

利用者が供給者をうまく選択し、それが質や応答性の向上をもたらすためには、多数の供給者が存在するなどの意味での「競争」があり、利用者が質に関する「情報」を持つという条件を充たさなければならない(児山2011:18, 23-5)。本章では、これらの条件に関する実証的な調査・研究を整理する。なお、公平性を損なわないためには「いいとこ取り」(費用のかかる利用者に対する差別)を防止する必要があるが(同上:18, 25)、この条件に関する実証的な調査・研究は見られなかったため、本稿では扱わない。

(1) 競争

患者が病院を選択できるためには、医療の供給量が十分で、近くに複数の病院がなければならない。しかし、イギリスの医療では、病院の待機者が長らく問題となっており、また、少数の供給者

が結託しているとも言われる (Greener 2012: 193)。本節では、病院の待機者数、一定の範囲内にある病院の数、希望した病院を利用できた患者の割合、各病院の患者数の増減について、実証的な調査・研究を整理する。

第1に、病院の待機者数は (表6)、2006～09年の調査では140～200万人、2008～19年の調査では240～430万人だった。また、待機期間の中央値は (表6)、2006～09年の調査では、入院が4～8週間、外来が2～4週間であり、2008～19年の調査では、待機中の患者が6～9週間、診療を開始した患者が8～10週間だった。なお、いずれも減少する時期はあったが、再び増加に転じている。

第2に、患者の住居から一定の範囲内にある病院数については (表7の「病院数 (平均)」、診療内容・病名や時期によって異なるが、患者の平均移動距離が12～15kmであるのに対し、患者の住居から半径10km以内にある病院数は1.3～1.4、30km以内は7～15だった。また、半径10km以内に複数の病院がある患者は (表7の「患者の割合 (%)」) 14%、半径30km以内は75～87%だった。

第3に、行きたかった病院に行くことができた割合は、まず、2007～10年の9回の調査を通じて、選択を提示された患者 (33,366～51,794) のうち88～90%だった (DH-NPCS 2007f-2010)。また、2009年の調査によると、行きたかった病院に行った割合は、選択を提示された患者 (1,024) のうち91%だった (Dixon et al. 2010: 61)。

表6 病院の待機者数・待機期間

年	待機者数 (万人)			待機期間 (中央値、週間)	
	入院	外来	(計)	入院	外来
2006	79	118	197	7.6	4.3
2007	69	97	166	6.4	3.3
2008	54	81	135	4.0	2.2
2009	57	97	154	4.5	2.8
	全体			待機中	診療開始
2008	294			9.0	8.6
2009	242			5.7	8.0
2010	251			5.6	8.3
2011	247			6.0	7.9
2012	248			5.5	8.3
2013	275			5.6	8.6
2014	302			5.9	8.7
2015	302			5.9	9.1
2016	360			6.6	9.6
2017	378			6.8	9.7
2018	402			6.9	10.1
2019	430			7.2	10.0

・出典：上段は DH 2010: inpatient waiting list - provider based, outpatient data (not seen) - provider based; 下段は DHSC 2023。

・注：上段と下段は調査方法が異なる。各年4月。下段は欠損値の補正のない数値。2020年以降は新型コロナウイルスの感染拡大の影響が考えられるため省略。

表7 一定の範囲内にある病院数

治療内容・病名	年度	患者からの距離 (半径、km)	病院数 (平均)	患者の割合 (%)		移動距離 (平均、km)	N	出典
				病院数	割合			
全体	2010 -2013	30	—	～1	13	—	—	①
				2～3	23			
				4～10	38			
				10～	26			
股関節置換術	2010 -2012	10	1.3	2～	14	14.6	171,472	②
		30	6.7	2～	75			
	2002 -2012	10	1.4	—		13.4	546,474	③
		30	7.4					
50	15.6							
大腿骨近位部骨折	2002 -2010	30	14.6	—		13.5	10,112	④
急性心筋梗塞			13.2			12.9	32,032	
脳卒中			15.4			12.1	23,789	

・出典：① Longo et al. 2017: 43-4; ② Gutacker et al. 2016: 235; ③ Moscelli et al. 2016: 114-5; ④ Moscelli et al. 2018b: 51, 53.
 ・注：④ Nは年平均 (②③は合計)。

第4に、各病院の患者数の増減については、前立腺癌の放射線治療を2010年1月～2014年3月、2010年1月～2014年12月に実施した病院（各57、65）のうち、患者が最も近くの病院に行くとは仮定した場合と比べて統計的に有意に患者数が増加したものはそれぞれ33%、35%、同じく減少したものは44%、57%だった (Aggarwal et al. 2017c: 1262-4; Aggarwal et al. 2017b: 1446-8)。ただし、このような増減は選択制の導入前にも生じていた可能性があり、必ずしも選択制の結果であるとはいえない。

以上のように、病院の待機者が長らく問題になっており、患者が平均的に移動する範囲内にある病院数は平均2～3程度であると考えられるが⁽²⁾、選択を提示された患者のうち、希望どおりの病院を利用できた割合は9割だった。なお、病院の8～9割は、患者が最も近くの病院に行くとは仮定した場合よりも患者数が増減したが、これは必ずしも選択制の結果であるとはいえない。

(2) 情報

ルグランによると、利用者が供給者をうまく選択し、それが質の向上をもたらすためには、利用者が質に関する情報を持ち、質を判断しなければならない。しかし、特に医療の利用者は情報入手・活用できないと批判された (児山2011: 24)。

イギリスの保健省は、患者に情報を提供するため、2006年から『あなたの病院を選択する』という小冊子を作成・配布し、2007年から「NHSの選択」というウェブサイトを開設した。しかし、小冊子は患者に行き渡っておらず、ウェブサイトの情報は不完全で (入院日数や再入院率などのデータを掲載していない病院もある)、高齢者の多くはインターネットを利用しないと指摘された (Audit Commission 2008: 42)。

本節では、患者の情報源、情報量に対する評価、重視する点について、実証的な調査・研究を整理する。

①情報源・情報量

第1に、選択を提示された患者に対して病院を選択するために使用した情報源を尋ねた2007～09年の8回の調査（回答33,366～51,794、複数回答）の結果は、一般医が48～52%、友人・家族・自分の経験が32～34%、選択についての小冊子が7～9%、NHSの選択のウェブサイトが4～6%などだった。2010年の調査（回答33,525）では、最も重要だった情報源1つを尋ねたところ、それぞれ43%、29%、6%、4%などだった（DH-NPCS 2007f-2010）。また、2009年の調査（回答1,033、複数回答）の結果は、自分の経験が41%、一般医が36%、友人・家族が18%、選択についての小冊子が6%、NHSの選択のウェブサイトが4%などだった（Dixon et al. 2010: 88）。このように、患者の主な情報源は一般医と自分の経験であり、政府が作成した小冊子やウェブサイトはあまり使われていなかった。

属性別に見ると、2009年の同じ調査結果の分析によると、患者が各情報源を用いた割合は、就業の有無、教育水準、民族による統計的に有意な違いはほとんどなかった。全体の割合との間に統計的に有意な1%ポイント以上の違いがあったのは、大卒未満の資格証明のある人が自分の経験を挙げた割合が大き（45%、全体は41%）、白人以外が電話予約のアドバイザーを挙げた割合が大きかった（19%、全体は9%）ことだけだった（Laverty et al. 2013: 1128, 1133）。

第2に、2009年の同じ調査では、情報量が適切だったかどうかを尋ねたところ、ほぼ適切だったという回答が60%、情報は必要なかったが22%、もっと情報が欲しかったが14%などだった（Dixon et al. 2010: 90）。

②重視する点

患者が病院を選択する際に重視する点については、患者に選択の要因を尋ねた調査と、患者の行動の分析がある。

(a) 患者への調査

患者に選択の要因を尋ねた調査の結果は、回答する数によって異なっている。

第1に、回答数を限定しない調査としては、まず、全患者に対して病院を選択する際に最も重要だと思う要因を尋ねた2007年11月～2009年の調査（選択肢からいくつでも回答）の結果は（表8の後半）、清潔さが7～8割、医療の質、待機期間、職員の親切さ、病院の評判が6割、場所・交通、駐車場、専門医の評判が5割などだった。また、選択を提示された外来患者に対して病院の選択に影響する各要因の重要度を4段階で尋ねた2009年の調査（回答1,033）では、「最も重要」または「非常に重要」と回答した割合は、医療の質、清潔さ、施設・設備の水準が9割、評判、待機期間が8割、自分の経験、病院の場所が7割などだった（Laverty et al. 2013: 1128-9, 1131）。なお、同じ調査への「最も重要」「非常に重要」「いくらか重要」「重要でない」という回答を各3～0点に換算して平均すると、清潔さ、医療の質、施設・設備の水準は2.6～2.4点、病院の評判、職員の親切さ、待機期間、自分の経験、自宅・職場からの近さは2.1～2.0点だった（Dixon et al. 2010: 70）。

表8 病院を選択する際に最も重要な要因

(単位：%)

年	月	回答								平均 回答数	N	出典 頁	注	
		場所 ・交通	待機 期間	病院の 評判	医療の 質	清潔さ	職員の 質	駐車場	専門医 の評判					
2006	5-6	57	22	18	17	15	8	6	5	0.7	23,428	11-2	①	
	7	68	25	22	19	20	9	8	5	1.9	24,492	13-4		
	9	66	22	21	19	18	8	7	6	1.9	26,535	14-5		
	11	59	19	18	16	15	7	6	4	1.6	23,552	14-5		
2007	1	64	21	20	17	18	8	7	5	1.8	32,825	9		
	3	66	21	20	16	19	8	7	6	1.8	36,090	12		
	5	71	22	22	17	22	9	8	6	1.9	33,273	13		
	7	72	22	22	17	22	8	8	6	1.9	27,054	13		
	9	65	20	20	15	22	8	7	5	1.8	41,403	12		
	11	53	64	55	65	76	57	47	46	5.4	77,804	15		
2008	1	53	64	55	65	76	57	46	45	5.4	72,153	15		②
	3	53	64	55	64	75	56	45	45	5.4	109,331	18		
	5	55	63	55	64	75	56	45	45	5.4	89,903	16		
	7	53	63	54	64	74	56	45	45	5.3	93,528	16		
	9	54	63	55	64	74	57	46	45	5.4	93,003	16		
	12	54	63	55	64	74	57	47	45	5.4	75,878	18		
2009	3	53	62	54	64	74	56	46	44	5.3	93,217	16		

・出典：DH-NPCS 2006a-2009.

・注：患者全員への設問。①患者が自分の言葉で3つまで回答したものを分類。②選択肢からいくつでも回答、「職員の質」は「職員の親切さ」。

第2に、回答数を限定した調査としては、まず、全患者に対して病院を選択する際に最も重要だと思う要因を尋ねた2006年～2007年9月の調査(自分の言葉で3つまで回答)の結果は(表8の前半)、場所・交通が6～7割、待機期間、病院の評判、医療の質、清潔さが2割、職員の質、駐車場、専門医の評判が1割などだった。また、選択を提示された患者に対して病院を選択した際に最も重要だったことを尋ねた2010年の調査(選択肢から1つ回答、32,554)の結果は、自宅・職場への近さが38%、病院での自分の経験が12%、待機期間が10%であり、医療の質、病院の評判は6～4%、駐車場、清潔さ、職員の親切さ、施設・設備の水準は2～0%だった(DH-NPCS 2010: 19)。

このように、回答数を限定しない調査では、医療の質や清潔さが待機期間や場所よりも多く挙げられたが、回答数を限定した調査では、場所や待機期間の方が医療の質や清潔さよりも多く挙げられた。医療の質や清潔さは、場所や待機期間と比べて、重視する患者は多いが、重視する程度は小さいと考えられる。

属性別に見ると、上述の2009年の調査の結果の分析(対象1,033)によると、大卒以上の人は多くの項目について最も重要・非常に重要と回答する割合が小さいなどの違いがあったが、他の属性(年齢、性別、就業、教育水準)による違いはほとんどなかった。大卒以上の人の回答割合が全体の回答割合よりも統計的に有意に小さかったのは、清潔さ(84%、全体は93%、以下同様)、評判(69%、80%)、自分の経験(60%、72%)、病院の場所(65%、68%)、予約の時期(53%、63%)、食事の質

(19%、39%) だった。なお、医療の質、施設・設備の水準、待機期間は、統計的に有意な違いがなかった。これらの他に統計的に有意な1%ポイント以上の違いがあったのは、大卒未満の資格証明のある人が自分の経験(69%、72%)、病院の場所(64%、68%)、食事の質(34%、39%)を回答する割合が小さく、白人以外が予約の時期(80%、63%)を回答する割合が大きかったことである(Laverty et al. 2013: 1129, 1131)。

(b) 患者の行動の分析

患者の行動に対する病院の質の影響については、患者が病院を利用・選択する可能性への影響の有無、程度、病院側から見た患者数の増加の程度、質が高い病院の患者数の増加に対する競争や選択の影響が分析されている。

第1に、影響の有無については、まず、病院の質が高ければ患者がその病院を利用する可能性が高くなるかどうかを分析した研究によると(表9の「有無」の「利用」)、質を表す指標のうち3分の2程度でそれを肯定する結果が示されている⁽³⁾。

ただし、この結果は、患者自身が病院を選択したことによるとは限らず、一般医が患者のために選択したことによる可能性もある。そこで、選択制の導入以前との比較や、自ら選択しない救急患者との比較、一般医が選定した選択肢からの患者の選択の分析も行われている(表9の「有無」の「選択」)。それによると、半数の指標について、病院の質が患者の選択に影響を与えたという結果が示されている。

第2に、病院の質が高ければ患者がその病院を利用・選択する可能性がどの程度高くなるかも分析されている。まず、病院の利用(一般医の選択によるものを含む)に対する影響については(表10の「程度」の「利用」)、質(緊急再入院率(以下、再入院率)、死亡率、患者が報告した健康状態・生活の質の改善)が1標準偏差向上すると⁽⁴⁾、患者は0.3~0.9km遠くてもその病院を利用し、患者がその病院を利用する可能性は0.6~2.0%高くなることや、メディアの評価が高い病院、外部評価が最低ではない病院、大学教育を行う病院、専門病院、特定の装置・治療方法を導入した病院は、そうでない病院と比べて、患者が利用する可能性が1.1~3.2倍であることが示されている。

他方、患者自身による病院の選択に対する影響については(表10の「程度」の「選択」)、質が1標準偏差向上することにより、移動距離は0.3~0.5km、選択可能性は0.6~1.5%増加するという程度である。

第3に、病院側から見て、質が高ければ患者数がどの程度増加するかも分析されている。まず、病院を利用する患者数については(表11の「程度」の「利用」)、質の向上率に対する需要の増加率の比率(弾力性)は0.02~1.4であり、外部評価が4段階中1段階向上すると需要は15%増加することや、質が0.5標準偏差向上すると需要は7%増加し、1標準偏差向上すると需要は7~10%、市場シェアは5%増加することなどが示されている(ただし、患者の増加率の差は、質が上位・下位25%の病院の間で0.7%ポイントだけだったという結果もある)。

表9 病院の利用・選択に対する質の影響の有無

治療内容	年(度)	質の指標	有無		N	出典等
			利用	選択		
膝関節置換術	2006-2010	再置換率	○	○	463,953	①
股関節置換術	2006-2010	再置換率	○	○	414,433	
	2006-2012	緊急再入院率	○	○	546,476	②
		再置換率	×	×		
		死亡率	○	×		
	2008	医療の質委員会の評価	○	—	39,060	③
		MRSA感染数	○			
		死亡率	○			
	2010-2012	患者が報告した健康状態・生活の質の改善	○	○	170,916	④
		緊急再入院率	○	×		
		再置換率	×	×		
		死亡率	×	×		
2011	死亡率	—	×	約30,000	⑤	
2012	緊急再入院率	○	—	62,695	⑥	
結腸癌切除	2010-2013	医療の質委員会の最低評価	×	—	31,258	⑦
		高度な研究活動	×			
		大腸癌手術専門	×			
		大腸癌治療専門	×			
		ロボット手術	×			
		死亡率	×			
直腸癌切除	2010-2013	医療の質委員会の最低評価	○	—	13,041	⑦
		高度な研究活動	×			
		大腸癌手術専門	○			
		大腸癌治療専門	×			
		ロボット手術	○			
		死亡率	×			
前立腺癌の全摘除術	2010-2014	メディアの高評価	○	—	19,256	⑧
		大学教育	○			
		ロボット支援	○			
前立腺癌の放射線治療	2010-2013	大学教育	○	—	44,363	⑨
		大規模放射線治療装置	○			
		強度変調放射線治療	○			
		寡分割照射治療	○			
冠動脈バイパス手術	2006-2010	死亡率	○	○	114,291	⑩
	2007-2008	死亡率	○	○	13,500	⑩
全患者	2007	急性心筋梗塞の死亡率	○	—	121	⑪

・ 出典：① Moscelli et al. 2021: 394-5, 398; ② Moscelli et al. 2016: 113-5, 120-1; ③ Beckert et al. 2012: 406-7, 409-10; ④ Gutacker et al. 2016: 232, 236, 238-9, 241; ⑤ Beckert 2018: 101, 106, 110; ⑥ Beckert & Kelly 2021: 822, 827; ⑦ Aggarwal et al. 2023: 3-4, 7; ⑧ Aggarwal et al. 2018: 823-4; ⑨ Aggarwal et al. 2017c: 1262, 1267; ⑩ Gaynor et al. 2016: 3531-2, 3547; ⑪ Gaynor et al. 2013: 143, 148-9.

・ 注：「有無」の「○」は質が高ければ利用・選択が多い、「×」はそのような関係なし。「利用」は一般医による選択を含む利用、「選択」は患者による選択。① Nは2002～10年度、「選択」は2002～05年度との比較。② Nは2002～12年度、「選択」は2002～05年度との比較。④ Nは「利用」の分析対象、「選択」は救急患者との比較。⑤「選択」は一般医が選定した選択肢からの患者の選択。⑩期間は2007年1月～2008年3月、Nは2003～07年度の数、「選択」は2004年1月～2005年3月との比較。⑪ Nは病院数、2003年に対する2007年の患者の増加率を質が上位・下位25%の病院の間で比較。

表10 病院の利用・選択に対する質の影響の程度

治療内容	年(度)	質の指標	程度		N	出典等	
			尺度	利用			選択
股関節置換術	2006-2012	緊急再入院率	移動距離増(km) ／1標準偏差向上	0.4	0.5	546,476	②
		死亡率		0.3	—		
	2010-2012	患者が報告した健康状態・生活の質の改善		0.9	0.3	170,916	④
		緊急再入院率		0.6	—		
直腸癌切除	2010-2013	医療の質委員会の最低評価	利用可能性増(倍) ／質の指標に該当	0.7	—	13,041	⑦
		大腸癌手術専門		1.5			
		ロボット手術		1.4			
前立腺癌の全摘除術	2010-2014	メディアの高評価	—	2.2	19,256	⑧	
		大学教育		1.1			
		ロボット支援		1.4			
前立腺癌の放射線治療	2010-2013	大学教育	—	1.2	44,363	⑨	
		大規模放射線治療装置		1.6			
		強度変調放射線治療		1.4			
		寡分割照射治療		3.2			
冠動脈バイパス手術	2007-2008	死亡率	利用等可能性増(%) ／1標準偏差向上	0.6 -2.0	0.6 -1.5	13,500	⑩

・出典：表9と同じ。
 ・注：表9と同じ。②数値はグラフから読み取り計算。

表11 病院を利用・選択する患者数に対する質の影響の程度

治療内容	年(度)	質の指標	程度		N	出典等	
			尺度	利用			選択
股関節置換術	2006-2012	緊急再入院率	需要の増加率(%) ／質の向上率(%)	0.14 0.02	0.16 —	546,476	②
		死亡率					
	2008	医療の質委員会の評価	需要の増加率(%) ／4段階中1段階向上	15.4	—	39,060	③
		死亡率	需要の増加率(%) ／0.5標準偏差向上	6.9			
	2010-2012	患者が報告した健康状態・生活の質の改善	需要の増加率(%) ／上段：質の向上率(%) 下段：1標準偏差向上	1.4 9.8 0.2 6.8	0.6 4.4 —	170,916	④
		緊急再入院率					
冠動脈バイパス手術	2007-2008	死亡率	市場シェアの増加率(%) ／1標準偏差向上	4.5	3.5	13,500	⑩
全患者	2007	急性心筋梗塞の死亡率	患者の増加率の差 (上位-下位、%ポイント)	0.7	—	121	⑪

・出典：表9と同じ。
 ・注：表9と同じ。

他方、病院を選択する患者数については(表11の「程度」の「選択」、質に対する需要の弾力性は0.2～0.6であり、質が1標準偏差向上すると需要は4%、市場シェアも4%増加するという程度である。

第4に、病院の質が高ければ患者数が増加するという関係が、競争の程度や選択制の導入の有無

によって異なるかどうか分析されている。まず、2010～12年度に股関節置換術を行った病院(228)のデータの分析によると、競争の程度(各病院のシェアに基づく)が大きい地域の病院の方が、質(患者が報告した健康状態・生活の質の改善)に対する需要の弾力性が大きかった(Gutacker et al. 2016: 232, 236, 241-2)。次に、2006～12年度に股関節置換術を行った病院(数は不明、件数は2002～12年度計546,474)のデータの分析でも、競争の程度(30km以内の病院数)が大きい病院の方が、質(再入院率、再置換率、死亡率の低さ)に対する需要の弾力性が大きかった。ただし、選択制導入前の2002～05年度と比較すると、競争の程度の影響は、再入院率については大きくなったが、再置換率については小さくなり、死亡率についてはほぼ同じだった(Moscelli et al. 2016: 113-5, 121-2)。

以上のように、病院の利用(一般医の選択によるものを含む)に対する質の影響については、3分の2程度の指標でそれを肯定する結果が示され、その程度に関しても、特定の治療方法を導入した病院は利用可能性が最大3.2倍になり、外部評価が1段階向上すると需要は15%増加し、質に対する需要の弾力性は最大1.4であり、質が1標準偏差向上すると需要は最大10%増加するなどの効果が示された。他方、患者自身による病院の選択に対する質の影響については、半数の指標でそれを肯定する結果が示されたが、その程度は、最大で、質に対する需要の弾力性は0.6であり、質が1標準偏差向上すると患者の移動距離は0.5km、選択可能性は1.5%、需要や市場シェアは4%増加するというものだった。なお、病院の質が高ければ患者数が増加するという関係は、選択制の導入後に、競争の程度が大きい方が強かったが、選択制の導入前よりも強まったとはいえなかった。これらの結果からは、患者が質を重視して病院を選択しているとはいえない。

本節では、患者の情報源、情報量に対する評価、重視する点について、実証的な調査・研究を整理してきた。

患者の主な情報源は一般医と自分の経験であり、政府が作成した小冊子やウェブサイトはあまり使われていなかったが、情報量は適切だったという回答が6割、不足していたという回答は1割だった。重視する点については、患者に選択の要因を尋ねた調査の結果からは、医療の質や清潔さを重視する患者は多いが、重視する程度は大きくないと考えられた。また、患者の行動を分析した研究からも、患者が質を重視して病院を選択しているとはいえなかった。なお、これらの結果は、患者は質に関する情報を強く求めていないため、情報量の不足を感じていないと解釈することもできる。

属性別に見ると、情報源や選択の要因に関する患者の回答の分析からは、特定の就業状況、教育水準、民族の患者の方が情報をうまく入手・活用しているとはいえなかった。

注

- (1) イギリスでは、1951年から、義務教育終了時にその水準(Ordinary Level: O Level)の試験に合格すれば教育上の資格証明(General Certificate of Education: GCE)が与えられるようになった。1965年にはそれと同等の資格証明(Certificate of Secondary Education: CSE)が導入され、1972年には義務教育終了年齢が

15歳から16歳に引き上げられた。これらの資格証明は1988年に新しいもの (General Certificate of Secondary Education: GCSE) に統合された。本稿では、これらの資格証明がない人を「義務教育の資格証明がない人」、これらの人と義務教育の資格証明だけがある人を合わせたものを「義務教育だけを受けた人」と表記する。なお、18歳までの教育の水準 (Advanced Level: A Level) の資格証明も1951年から導入されている (Wallace ed. 2009: 9-10, 48-9, 116, 211, 243-4)。

- (2) 患者の平均移動距離 (12.1～14.6km) に近い10km以内の病院数が分かる股関節置換術の数値から計算した。表7によると、股関節置換術を2010～12年度に実施した病院は、患者の住居から半径10km以内に平均1.3あった。ここから、患者の平均移動距離14.6kmの範囲内にある病院数は、面積に比例すると仮定して単純に計算すると、 $1.3 \times (14.6 \div 10)^2 = 2.8$ になる。同様に、股関節置換術を2002～12年度に実施した病院数を計算すると、 $1.4 \times (13.4 \div 10)^2 = 2.5$ になる。ただし、同じ治療内容・年度について、患者の住居から半径30km、50km以内の病院数に基づいて同様に単純計算すると、平均移動距離の範囲内にある病院数は1.1～1.6と少なくなる。この違いは、病院が地理的に均等に分布せず、人口の多い地域に集まっていることから生じたと考えられる。従って、半径10km以内の病院数に基づく上記の計算結果よりも、実際の病院数は少ないと考えられる。
- (3) ただし、統計的に有意でなかった指標の記載を省略する場合もあり (Beckert et al. 2012: 410)、実際の割合はこれよりも小さい可能性がある。
- (4) 各観測値から平均値を引いたものが偏差、偏差を平方した値の平均値が分散、分散の平方根が標準偏差である。確率変数が正規分布に従う場合、「平均値±1標準偏差」、「平均値±0.5標準偏差」に入る確率はそれぞれ約68%、約38%である。また、正規分布は平均に関して対称である (日本統計学会編2020: 62, 146-7, 221)。以上から、仮に病院の質の分布が正規分布であれば、質が平均程度の病院が質を1標準偏差、0.5標準偏差向上すると、質の順位は中位から上位15% ($\equiv (100 - 68) \div 2$)、30% ($\equiv (100 - 38) \div 2$) (番目) 程度に上昇する、とイメージすることができる。

参考文献

見山正史 (2004) 「準市場の概念」『年報行政研究』39号、129-146頁。

—— (2011) 「イギリスにおける準市場の優劣論：ルグランの主張と批判・応答」『季刊行政管理研究』133号、17-31頁。

—— (2021) 「準市場の実証分析：日本・イギリスの福祉・医療・教育」『季刊行政管理研究』176号、35-49頁。

—— (2022a) 「準市場としての保育所の選択制 (4・完)」『人文社会科学論叢』12号、149-178頁。

—— (2022b, 2023a, 2023b) 「準市場としての医療保険制度 (1)～(3・完)」『人文社会科学論叢』13号、261-286頁、14号、115-138頁、15号、85-94頁。

日本統計学会編 (2020) 『改訂版 日本統計学会公式認定 統計検定3級対応 データの分析』(東京図書)。

堀真奈美 (2016) 『政府はどこまで医療に介入すべきか：イギリス医療・介護政策と公私ミックスの展望』(ミネルヴァ書房)。

Aggarwal, Ajay, Daniel Lewis, Malcolm Mason, Richard Sullivan and Jan van der Meulen (2017a) “Patient mobility for elective secondary health care services in response to patient choice policies: A systematic review”, *Medical Care Research and Review*, 74 (4), 379-403.

Aggarwal, Ajay, Daniel Lewis, Malcolm Mason, Arnie Purushotham, Richard Sullivan and Jan van der Meulen (2017b) “Effect of patient choice and hospital competition on service configuration and technology adoption within cancer surgery: A national, population-based study”, *Lancet Oncology*, 18,

1445–1453.

- Aggarwal, Ajay, Daniel Lewis, Arunan Sujenthiran, Susan C. Charman, Richard Sullivan, Heather Payne, Malcolm Mason and Jan van der Meulen (2017c) “Hospital quality factors influencing the mobility of patients for radical prostate cancer radiation therapy: A national population-based study”, *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 99 (5), 1261–1270.
- Aggarwal, Ajay, Daniel Lewis, Susan C. Charman, Malcolm Mason, Noel Clarke, Richard Sullivan and Jan van der Meulen (2018) “Determinants of patient mobility for prostate cancer surgery: A population-based study of choice and competition”, *European Urology*, 73, 822–825.
- Aggarwal, Ajay, Lu Han, Jemma Boyle, Daniel Lewis, Angela Kuyruba, Michael Braun, Kate Walker, Nicola Fearnhead, Richard Sullivan and Jan van der Meulen (2023) “Association of quality and technology with patient mobility for colorectal cancer surgery”, *JAMA Surgery*, 158 (1), e225461.
- Audit Commission (2008) *Is the Treatment Working?: Progress with NHS System Reform Programme*.
- Beckert, Walter (2018) “Choice in the presence of experts: The role of general practitioners in patients’ hospital choice”, *Journal of Health Economics*, 60, 98–117.
- Beckert, Walter and Kelly, Elaine (2021) “Divided by choice?: For-profit providers, patient choice and mechanisms of patient sorting in the English National Health Service”, *Health Economics*, 30, 820–839.
- Beckert, Walter, Mette Christensen and Kate Collyer (2012) “Choice of NHS-funded hospital services in England”, *The Economic Journal*, 122, 400–417.
- Cooper, Zack, Stephen Gibbons, Simon Jones and Alistair McGuire (2011) “Does hospital competition save lives?: Evidence from the English NHS private choice reforms”, *Economic Journal*, 121, F228–F260.
- Cooper, Zack, Stephen Gibbons and Matthew Skellern (2018) “Does competition from private surgical centres improve public hospitals’ performance?: Evidence from the English National Health Service”, *Journal of Public Economics*, 166, 63–80.
- CQC (2008) Care Quality Commission, “National NHS patient survey programme: Survey of adult inpatients 2008: Full national results with historical comparisons” (Adult inpatient survey 2008/ Analysis and reporting/ Historical comparisons tables).
- (2009) “National NHS patient survey programme: Survey of adult inpatients 2009: Full national results with historical comparisons” (Adult inpatient survey 2009/ Analysis and reporting/ Historical comparisons tables).
- (2019) “NHS adult inpatient survey 2019” (Adult inpatient survey 2019/ Analysis and reporting/ National tables).
- Crilly, Tessa and Le Grand, Julian (2004) “The motivation and behaviour of hospital trusts”, *Social Science & Medicine*, 58, 1809–1823.
- Curtice, John and Heath, Oliver (2012) “Does choice deliver?: Public satisfaction with the health service”, *Political Studies*, 60, 484–503.
- DH (2002) Department of Health, *Delivering the NHS Plan: Next Steps on Investment Next Steps on Reform*.
- (2005) *Health Reform in England: Update and Next Steps*.
- (2009) *The Handbook to the NHS Constitution*.
- (2010) *Knowledge & Intelligence Statistical Information: Inpatient and Outpatient Waiting Times: March 2009/10*
(https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20101110175959mp_/http://www.dh.gov.uk/prod_

- consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/@sta/@perf/documents/digitalasset/dh_118419.xls).
- (2012) *A Simple Guide to Payment by Results*.
- (2013) *Guide to the Healthcare System in England*.
- DH-NPCS (2006a) Department of Health, *Report of the National Patient Choice Survey: May/June 2006 England*.
- (2006b) *Report on the National Patient Choice Survey: July 2006 England*.
- (2006c) *Report on the National Patient Choice Survey: September 2006 England*.
- (2006d) *Report on the National Patient Choice Survey: November 2006 England*.
- (2007a) *Report on the National Patient Choice Survey: January 2007 England*.
- (2007b) *Report on the National Patient Choice Survey: March 2007 England*.
- (2007c) *Report on the National Patient Choice Survey: May 2007 England*.
- (2007d) *Report on the National Patient Choice Survey: July 2007 England*.
- (2007e) *Report on the National Patient Choice Survey: September 2007 England*.
- (2007f) *Report on the National Patient Choice Survey: November 2007 England*.
- (2008a) *Report on the National Patient Choice Survey: January 2008 England*.
- (2008b) *Report on the National Patient Choice Survey: March 2008 England*.
- (2008c) *Report on the National Patient Choice Survey: May 2008 England*.
- (2008d) *Report on the National Patient Choice Survey: July 2008 England*.
- (2008e) *Report on the National Patient Choice Survey: September 2008 England*.
- (2008f) *Report on the National Patient Choice Survey: December 2008 England*.
- (2009) *Report on the National Patient Choice Survey: March 2009 England*.
- (2010) *Report on the National Patient Choice Survey: February 2010 England*.
- DHSC (2021) Department of Health and Social Care, *The NHS Constitution for England*.
- (2023) “Referral to Treatment (RTT) waiting times, England (April 2007 to January 2023)” (<https://www.england.nhs.uk/statistics/wp-content/uploads/sites/2/2023/03/RTT-Overview-Timeseries-Including-Estimates-for-Missing-Trusts-Jan23-XLS-93K-03732.xlsx>).
- Dixon, Anna, Ruth Robertson, John Appleby, Peter Burge, Nancy Devlin and Helen Magee (2010) *Patient Choice: How Patients Choose and How Providers Respond* (The Kings Fund).
- Gaynor, Martin, Rodrigo Moreno-Serra and Carol Propper (2013) “Death by market power: Reform, competition, and patient outcomes in the National Health Service”, *American Economic Journal: Economic Policy*, 5 (4), 134–166.
- Gaynor, Martin, Carol Propper and Stephan Seiler (2016) “Free to choose?: Reform, choice, and consideration sets in the English National Health Service”, *American Economic Review*, 106 (11), 3521–3557.
- Greener, Ian (2012) “Unpacking the evidence on competition and outcomes in the NHS in England”, *Journal of Health Services Research & Policy*, 17 (4), 193–194.
- Greener, Ian, Barbara E. Harrington, David J. Hunter, Russell Mannion and Martin Powell (2014) *Reforming Healthcare: What’s the Evidence?* (Policy Press).
- Gutacker, Nils, Luigi Siciliani, Giuseppe Moscelli and Hugh Gravelle (2016) “Choice of hospital: Which type of quality matters?”, *Journal of Health Economics*, 50, 230–246.
- Laverty, Anthony A., Anna Dixon and Christopher Millett (2013) “Do patients’ information requirements for

- choice in health care vary with their socio-demographic characteristics?", *Health Expectations*, 18, 1127–1138.
- Longo, Francesco, Luigi Siciliani, Hugh Gravelle and Rita Santos (2017) "Do hospitals respond to rivals' quality and efficiency?: A spatial panel econometric analysis", *Health Economics*, 26 (S2), 38–62.
- Moscelli, Giuseppe, Luigi Siciliani, Nils Gutacker and Hugh Gravelle (2016) "Location, quality and choice of hospital: Evidence from England 2002–2013", *Regional Science and Urban Economics*, 60, 112–124.
- Moscelli, Giuseppe, Luigi Siciliani, Nils Gutacker and Richard Cookson (2018a) "Socioeconomic inequality of access to healthcare: Does choice explain the gradient?", *Journal of Health Economics*, 57, 290–314.
- Moscelli, Giuseppe, Hugh Gravelle, Luigi Siciliani and Rita Santos (2018b) "Heterogeneous effects of patient choice and hospital competition on mortality", *Social Science & Medicine*, 216, 50–58.
- Moscelli, Giuseppe, Hugh Gravelle, Luigi Siciliani (2021) "Hospital competition and quality for non-emergency patients in the English NHS", *RAND Journal of Economics*, 52 (2), 382–414.
- Park, Alison, John Curtice, Katarina Thomson, Catherine Bromley, Miranda Phillips and Mark Johnson eds. (2005) *British Social Attitudes: The 22nd Report* (SAGE).
- Park, Alison, John Curtice, Katarina Thomson, Miranda Phillips and Elizabeth Clery eds. (2009) *British Social Attitudes: The 25th Report* (SAGE).
- Park, Alison, John Curtice, Elizabeth Clery and Catherine Bryson eds. (2010) *British Social Attitudes: The 27th Report* (SAGE).
- Propper, Carol (2018) "Competition in health care: Lessons from the English experience", *Health Economics, Policy and Law*, 13, 492–508.
- Shen, Vivien Chia-Ying, William J. Ward Jr. and Liang-Kung Chen (2019) "Systematic review and meta-analysis on the effect of hospital competition on quality of care: Implications for senior care", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 83, 263–270.
- Wallace, Susan ed. (2009) *A Dictionary of Education* (Oxford University Press).
- Zander, Nicole, Jessica Dukart, Neeltje van den Berg and Jobst Augustin (2019) "Identifying determinants for traveled distance and bypassing in outpatient care: A scoping review", *Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 56, 1–10.
- Zigante, Valentina (2011) "Subjective well-being as a measure of welfare and equity: The case of choice policies in health care", *CESifo Economic Studies*, 57, 715–739.