

特集：医療費適正化計画

第二部：新たな政策のための保健医療科学

世界の医療制度改革－健康変革の国際的潮流

長谷川敏彦

日本医科大学医療管理学教室

Health Sector Reform in the World

Toshihiko HASEGAWA

Nippon Medical School, Department of Health Service Administration

1. はじめに

日本の医療制度改革も2006年から突然急速に進展を始めた感があるが、国際的には1980年代から、まずは先進国を、そして発展途上国にまで広がる国際的な潮流で、健康変革(Health Sector Reform)と呼ばれてきた。健康変革の世界的な潮流について、用語、展開の歴史、背景について分析し、日本と対比することにより、日本の改革に資したい。

2. 用語と訳語

Health Sector Reformは保健医療システム全体の改革を指し、関連類似用語の中では最もよく使われる用語である(表1)。Health Care Reformは米国のクリントン改革の際によく使われ医療行政の改革も含めた用語であり、Health Sector Reformと同義に使われることも多い。特に体制の改善に重点を置いた場合、Health System Reformと呼ぶ場合もあるが稀である。以上の4語は微妙なニュアンスで違いはあるものの同義である。これらは長い言葉なのでHealth Reformと簡潔に呼ぶことがある。Reformを先において、例えばReform of Health Sector、またこれ

らの言葉の組み合わせ、例えばHealth Care System Reformと呼ばれる場合もあるが、やはり同義である。(図1)

日本語訳としては「医療改革」「医療制度改革」「医療保険改革」「保健医療制度改革」等と訳されているが、どれも元意の一部を表しているにすぎない。医療制度、医療行為、予防政策、資源の調整等システムの総合的な改革を表す意味で、「保健医療界の諸改革」が意訳であるが筆者はHealth Reformにならって簡潔に「健康変革」と訳している。

3. 健康変革の国際的展開

医療制度改革の歴史は長く、戦後病院医療を中心とする医療システムの拡大の政策がとられ、その反省から1970年代にはプライマリケアの重視、アルマアタ宣言などが始まったとされている。今回分析を対象とする医療制度改革は1980年代の後半から先進国を中心に始まった医療制度の根本的見直しの潮流をさしている。この潮流は医療のみならず、他の分野も含めた制度改革の一部として実施されたもので、オランダの1987年のデッカーブランが最初とされている。オランダは当時の電気会社・フィリップ社社長・デッ

表1 関連用語

| 英 語 | 由 来 | |
|----------------------|-------------------|-----------|
| Health Sector Reform | 保健医療界全体の総合的改革を目指す | 最もよく使われる |
| Health Care Reform | 米国クリントン改革でよく使われた | 上と同義で使われる |
| Health System Reform | 体制の改善に重点を置いたもの | 稀に使われる |
| Health Reform | 簡略表現したもの | あまり使われない |

〒113-8602

東京都文京区千駄木1-1-5

1-1-5 Sendagi Bunkyo-ku Tokyo, 113-8602, Japan.

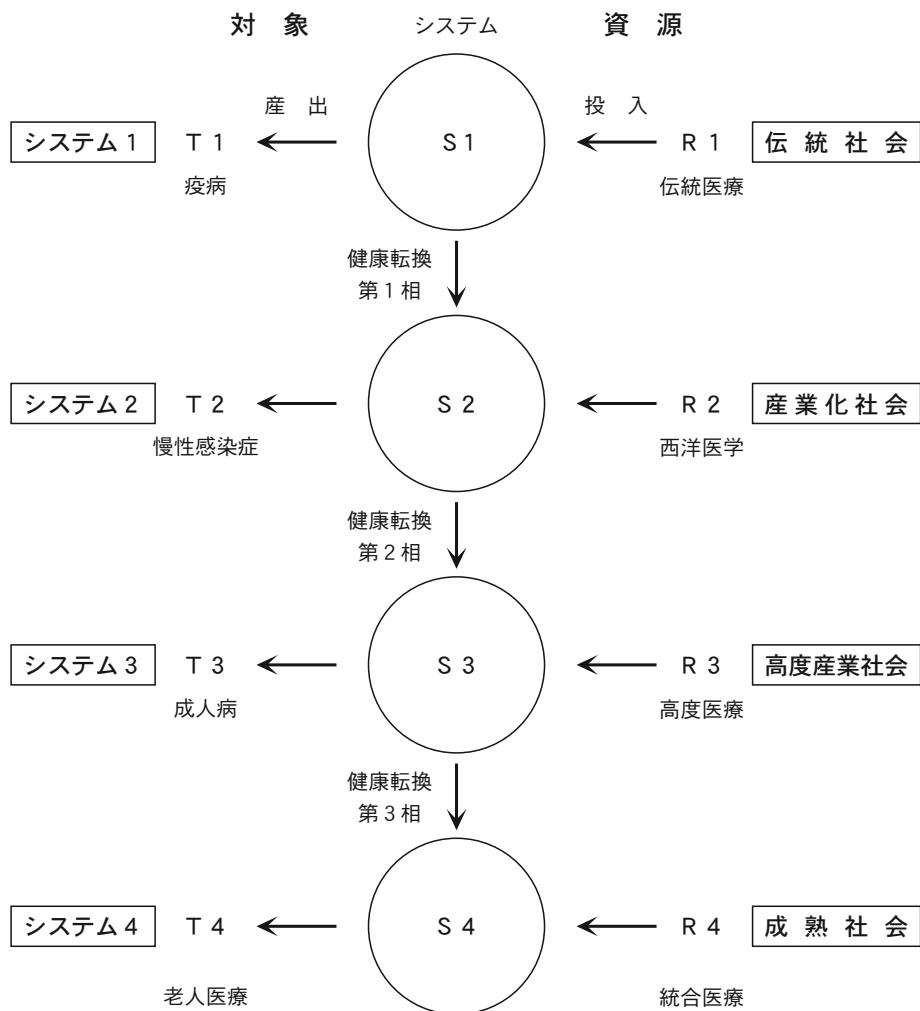


図1 健康転換の諸相

カー氏を委員長とした制度改革を行い、公的の色合いの強かった医療システムに大胆に企業的なアプローチを持ち込んだ。ついで、英国は1989年、医療制度改革の原案、ホワイトペーパーを策定し、同じく疑似市場による競争をも持ち込む大胆な改革を始めている。この二つが社会保険、すなわちビスマルク型の制度改革と、税金による制度、すなわちビバレッジ型制度改革の出発点になっている。

21世紀に入り、健康変革はさらに進化と変化を加えている。進化はまず、その潮流が到達した国々は先進国がほとんどのみならず、発展途上国においても南太平洋の小さな島々や中近東にまで及び世界を飲み込んだ感がある。ただその成果はまちまちで、医療制度や供給体制に及ぶ大きな変化をもたらした国もあれば、議論のみが先行して実行に至らなかった国も多い。さらに市場経済重視の政策の結果、様々な問題が露呈し、国際機関、特にWHOから健康変革の再評価と提言が提案されている。先進国では重点がシステムの効率化から、質・安全性の向上へと大きく転換し、その目的に向けた新たな変革が進行しつつある。

1) アングロアメリカン世界

英国ではサッチャー政権のもと、長い歴史を持つ国営医療制度（NHS）の解体計画が推進された。国民的議論の末、NHSの大きな枠組みの存続は決定したものの、その枠内に内的市場（internal market）を導入し、管理された競争（managed competition）を推進する政策が決定された。1989年策定されたホワイトペーパー改革案は、1991年から執行されるに至っている。その中で旧来約250あった国立病院の監督機関、地方医務局は廃止され、約1500あった国立病院も独立採算制の新たな法人（NHS trust）に移管され、ビジネスマインドを持った経営者によって経営されることとなった。また開業医の一部には登録患者の入院費を持たせ、患者の代理人（エージェント）として入院医療を購入させる疑似市場（quasi market）が形成されたのである。

伝統的な国・英国における大胆な改革策はかつての大英連邦に拡がり、オーストラリア、ニュージーランド等の健康変革を生むに至っている。ニュージーランドの変革は保健医療界以外の政府の改革にも見られ、大変過激で、ガイドラインによる医療の配給制を導入するに至っている。

英国のこだまは再度、大西洋を越え、米国に反響し、米国では医師に対する医療費の出来高払いに対して日本の制度に類似した定額料金払い (Resource Based Relative Value Scale) を導入した。同時にクリントン大統領は私的保険、HMOを基本とする国民皆保険制度の確立、並びにこれらの私的保険の管理された競争 (managed competition) からなる改革案を議会に提出した。しかし、このクリントン改革案は1993年から1994年に至る国民的大討論の末、国会対策を誤って廃案となり、米国の医療界はその後一気に市場原理を基本とするHMOのマネージドケアの波に飲み込まれることとなった。

2) 旧東側世界

英国の改革と偶然にも同期する東欧革命、旧ソ連邦の崩壊によってこれまで中央集権的計画経済のもとにあった旧東側諸国の医療制度も市場経済の中に移行され、種々の大きな改革が進行している。ポリクリニックにおける、国家公務員による混合診療科のグループプラクティスは解体され、個人の開業医、すなわち外来医療の民営化が推進されている。また財源では国民の強制保険による社会保険制度の確立が求められている。

3) 北欧世界

北欧諸国は英国に類似した社会保障制度を持つが、相違点は国営ではなく地方政府によるコミュニティ型の福祉国家である。1970年代以降の世界的不況はこれらの国々にも波及し、特にスウェーデンとフィンランドは1990年以降、深刻な経済危機に陥っている。これらの国々でも、医療への市場経済の導入、地方分権化、医療内容の配給制など、教科書で知られてきたコミュニティ型の福祉国家も大きく変貌しつつあるといえよう。

表2 社会的通念と経済発展の諸段階

| 経済発展段階 | I | II | III | IV |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| 国家の役割 社会政策 | 夜警国家 救護 | 行政国家 公的扶助 | 福祉国家 社会保障 | 舵取国家 普遍的社会サービス |
| 主要な保健医療需要 | 急性伝染病、 汚染処理 | 慢性感染症（結核） 母子衛生、労働衛生 | 慢性疾患（成人病） 精神衛生、公害 | 高齢者（QOL） |
| サービスの類型 | 環境衛生改善 Environmental Sanitation | 対人保健サービス Personal Health Service | 総合保健サービス Comprehensive Health Service | 統合保健医療福祉サービス Integrated Health and Welfare |
| 0歳平均余命 乳児死亡率1000対 65歳以上人口 第1次産業人口比率 | 35歳前後 150-200 4%前後 80%前後 | 50歳前後 100前後 5-8% 50%前後 | 70歳前後 25-30 11-12% 20-30% | 80歳前後 5以下 13% 20%以下 |
| イギリス 日本 | A.D.1800 1900 | A.D.1870 1920 | A.D.1930 1955 | A.D.1960 1980 |

注) 経済発展段階、I、II、IIIはW.W. Rostow, The Stages of Economics Growth (1960年) における離陸期、技術的成熟期、高度大衆消費期にそれぞれ相当する。IVは高齢化、低成長化、情報化の成熟社会に相当する。『社会変動と住民の課題』橋本正己編著（医学書院、1974）より引用、改変。

4) 南欧世界

イタリア、ギリシャ、スペイン、ポルトガルの南欧諸国では1970年代のオイルショックによる経済の打撃は大きく、それへの対応策として当時社会保険を中心としていた医療保障制度から英国をモデルに税金による社会保障体制へと転換した。1990年代に至ってモデルとした福祉国家像が崩壊し、これらの国々では保健医療制度の新たなあり方を模索している。

5) 大陸欧州

大陸欧州と呼ばれる諸国は、ドイツを地理的な中心軸としてフランス、スイス、ベルギー、オランダ、オーストリアであり、これらの国々の社会保障制度は社会保険によつて支えられている。新しく導入を計画している旧東側諸国を除き、社会保険を中心とするのは欧米ではこれらの国々のみとなっている。これらの国々でも経済不況の打撃は大きく様々な改革が進行している。薬剤購入に関する工夫、病床や医療機器の規制、障害者に対する介護保険制度の創設、病院や医師に対する総額限定予算制度の導入、さらには保険の自由選択制の導入による保険機関間の競争の試みである。前述のオランダが最も早く、デッカー計画が1987年、ついでその動向を見守った上でフランスが1995年にジュペプラン、ドイツが1997年に第三改革を発表している。

6) 途上国

先進国のこれらの健康変革の潮流は、かつての植民地であった途上国を完全に飲み込んでいる。

① アフリカ

サハラ以南のアフリカは極めて低い経済成長と医療制度の未発達にもかかわらず、大胆な健康変革が試みられている。中でも進んでいるのはガーナとザンビアであり、中央

政府の改組、及び地方分権、受益者負担や医療保険制度による財源の確保等である。かつての宗主国、英国の改革をにらんだ計画といえよう。南アフリカの改革も著しいが、その目的は主として前政権の人種差別政策（アパルトヘイト）からの脱却にある。

② 南米

南米には、1970年代いくつかの高度成長国が出現したが、オイルショック以降の低成長によって債務国に転落し、国内の富裕層と貧困層の二極化が深刻である。その中でもチリ、コロンビア、コスタリカでは大胆な健康変革が進行しており、米国流HMOを導入したマネージドケアの改革が中心となっている。

③ 東南アジア

東南アジアは世界的不況の中でも東アジアの奇蹟と呼ばれる驚異的な経済成長を遂げ、疾病構造も成人病へと転換しつつあり、供給体制としても保険財源としても新たな政策が求められている。中でも、タイ、フィリピン、インドネシアは社会保険制度の導入、及び大都市を中心とする私のセクターの急増に対応した政策が大きな課題となっている。フィリピンではマルコス政権の崩壊の後に地方分権が推進されたが、財源の不足と地方政府の能力のばらつきにより様々な問題を引き起こしている。

④ 東アジア

韓国、台湾、香港、シンガポールはかつてNIESの4竜と呼ばれ、例外的に高度の経済成長を示した。その環境のもとで、韓国と台湾は国民皆保険制度に移行した。福祉国家へと参入したこれらの国々も現在の経済成長鈍化のもとで、20世紀型福祉国家の限界を自ら体験し、21世紀に向けて摸索しているといえよう。

4. 健康変革の背景、目的、方法、類型

これまで述べてきた世界各国の動向をくしづしにして、その歴史的背景や変革が目指す目的、具体的な方策やシステムによる類型について、横断的にまとめてみたい。

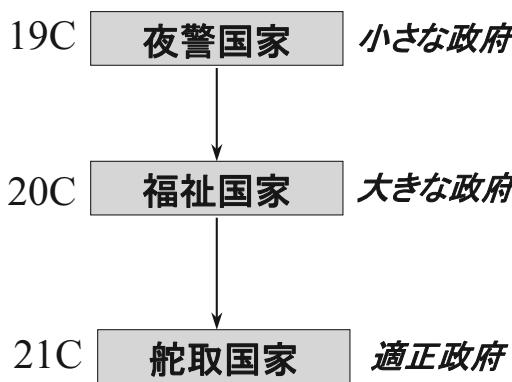


図2 政府の役割の歴史的変遷

1) 背景

1980年代広範に発生した健康変革の直接のきっかけは経済的な要因がトリガーになった。戦後を通しての医療システムの拡大や技術革新により医療の費用が高騰している一方、1970年代と80年代前半の二度のオイルショックにより、医療システムの効率化が求められ、従来の医療費抑制政策では間に合わず、医療供給体制の見直しにまで踏み込んだのがその背景にある。時あたかも、戦後のイギリスをモデルにした戦後の福祉国家が制度疲労に至り、政府の役割を改めて見直すことが医療のみならず、種々の分野でも検討されていたことが制度改革の必要性に拍車をかけた。かつて19世紀には小さな政府が求められ、夜警国家といわれ、何かの危機がなければ政府が介入しないことが理想とされたが、戦後、「ゆりかごから墓場まで」のスローガンとともに、大きな政府、そして政府によるサービスの直接の提供が求められることとなった。（図2）しかし、元来政府は現場の需要に対応したサービス提供には硬直化し肥大化する傾向があり、当時の政治イデオロギーにもとづき、レーガン、サッチャーらによって市場経済重視の政策が推し進められていた。

2) 健康変革の目的

健康変革の歴史的にはオイルショックを引き金に市場重視イデオロギーを医療に適用したものであるが、医療システムの目的から考えると、その活動の効率や効果の向上、さらには国によっては公平さを目指すものであった。（図3）効果は、健康の改善と医療システムの目指す価値、英語ではeffectivenessと呼ばれている。効率は投入する資源に対してその効果を高めることであり、efficiencyと呼ばれている。効果、効率を追求するとその負担から公平さ、英語ではequityと呼ばれているが、犠牲になることもあります、これら日本語で「3つのK」、英語で「3つのE」のバランスを取った政策が必要となる。（図4）

3) 健康変革の方法

健康変革の中でも医療適正化政策に焦点を合わせると、

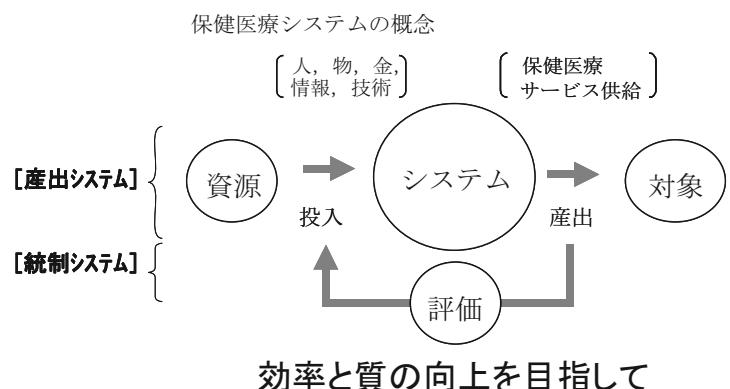


図3 健康変革：保健医療システムの統合的諸改革

供給側に介入する方策と、需要側に介入する方策が存在する。1980年代までは、需要側に介入する方策、すなわち費用の負担や優先順位付けなどが主流であった。しかし、健康変革が始まつて競争の導入や技術評価、支払い方式の変更と供給側に働きかける方策が種々、導入されている。(図5)

4) 医療システムと健康変革の類型

保健医療システムはその供給体制と財源が、公的・私的の2分類、即ち4類型に分類することができる。公的な財源による公的な供給体制は、税金、または国家財政による公的病院への負担とそのサービス提供を意味しており、私的財源による私的供給は、民間セクターの私的服务への私的保険、もしくは直接の自己負担によってサービスを購買する形態を意味しており、米国がその典型例である。私的財源による公的供給や公的財源による私的供給は、様々な国で認められる。(表3)

これらを類型化すると、国家財源による国営の供給体制はかつて旧ソ連邦で運営されていた。ロシア革命直後の保健大臣の名前をとって「セマシュコ型」と呼ばれている。(表4)

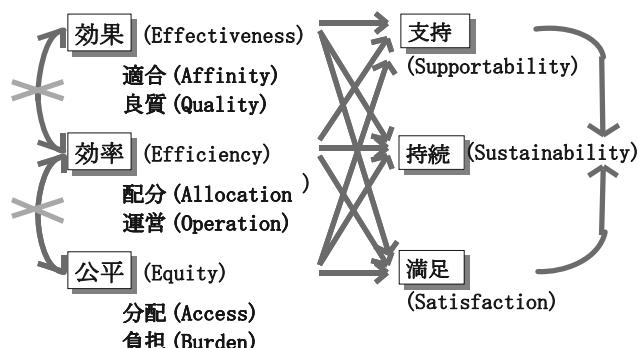


図4 システム運営評価の諸要素

表3 財源と供給の公私4類型

| 財 源 | 公 的 | | 供 給 |
|--------|--------------------------|---------------------------------|--------|
| | 公 的 | 私 的 | |
| 公 的 | 公的病院への税金 または国家財政による負担 | 私的病院や開業医と政府の契約 または社会保険による支払い | |
| 私 的 | 公的サービスへの 直接自己負担 | 私的サービスへの 直接自己負担か私的保険 | |

表4 財源供給から見た保健医療体制の諸類型

| 類型 | 国 | 財 源 | 供 給 |
|--------|-----|---------------|---------|
| セマシュコ型 | 旧ソ連 | 公的 (国家財政) | 公的 (国営) |
| ビベレッジ型 | 英國 | 公的 (税金) | 主として公的 |
| ビスマルク型 | 獨國 | 主として公的 (社会保険) | 公私混合 |
| マーケット型 | 米国 | 私的 (私的保険他) | 私的 |

一方、財源としては公的な税金を使用し、供給体制としては主として公的だが、診療所との私的契約を持つ形態、すなわち英國型の類型は第二次大戦中、英國型福祉国家の原型を描いたビベレッジの名をとり、「ビベレッジ型」と呼ばれている。財源として公的である強制の社会保険に基づき、供給体制としては病院・診療所とも公私の混合形態をとっている類型は独國や仏國で認められ、特に社会保険制度を創設したドイツの宰相の名をとり「ビスマルク型」と呼ばれている。私的な財源により私的な供給を主体とする米国の医療供給体制は「マーケット型」といえよう。

健康変革の方針は、この4つの類型により異なる。「セマシュコ型」は大きな戦略として計画経済から社会保険への移行を目指しており、戦術としては社会保険制度の新たな創設、医師への贈り物等インフォーマル経済をいかにフォーマル化していくか、さらに診療所等の供給体制の民営化があげられよう。「ビベレッジ型」の場合、戦略は、公的供給体制を効率化することにある。戦術として公的供給体制内に内的疑似市場を導入し、管理競争を生み出すこと、私的セクターとの契約を活用すること、さらには供給主体を地方分権化、民営化することがあげられよう。「ビスマルク型」

システム要素 (Saltmanの3要素)から見た分類

| 諸要素 | 財 源 | 支 払 | 供 給 |
|-----------------------------------|--|---|--------|
| 一般税 社会保険 民間保険 自己負担 寄附 | 統 合 契 約 債 還 | 診療サービス 病院 診療所 福祉施設 在宅ケア 予防サービス | |
| 民間保険競争 民間保険増 社会保険増 | 調整契約 業者による選択 開業医への入院支払費委託 人頭払高法 薬剤参照価格 薬剤支払リスト 一部負担と控除 情報制度改善 予防給付強化 患者権利保護 | 公的病院独立採算性 病院・診療所の競合構造 サービス供給の地方分権化 開業医ゲートキーパー サービス供給主体の民営化 保健医療福祉連携 (特に老人) サービスの質の向上 病床、機器、人的資源の抑制 | |

図5 健康変革の諸方策

では、従来の社会保険制度をいかに改革していくかが戦略である。優先度に基づく配給制や、総額予算制による規制、あるいはドイツやオランダで始められたような介護保険による財源の確保、さらには従来、被保険者を比較的限定していた各種の保険に自由選択制による競争を導入する等の戦術がとられている。「マーケット型」保健医療体制では、特に米国に見られるように国民皆保険制が試みられており、米国では実現しなかった。従って米国では需要側(supply side)の政策による改革に移らざるをえなかつたといえよう。戦術としては、従ってHMO等のマネージドケアが中心であり、その競合、並びに質の管理を保障するための情報公開が必要となっている。

戦略や戦術が類型によって異なるのは、システムの特徴が異なるので当然のことである。一方現実の各国のシステムはこの純粹型は少なく実際には戦略も戦術もこれらの組み合わせであることが多い。(表5)

5. 日本での展開

日本でも80年代中曾根行政改革の一環として、市場重視の政策が進められた。しかし医療分野の政策としては、薬

価への切り込みや老人保険制度の確立等、当初は財源の確保を中心とした限られた政策であった。(図6) 1987年になって初めて初めて国民医療総合対策本部中間報告として医療供給体制をも含めた政策提言がなされた。しかし、90年代に入ると1997年、橋本行革の一環として政府・厚生省は「供給体制」、「支払い方式」そして新たな高齢者保険による「財源の確保」を含む総合的な政策が提案された。残念ながら、橋本行革の医療改革はあまり進展を見ないまま、小泉内閣に引き継がれた。(図7) 小泉行政の下では、規制緩和委員会の活動を受け、医療供給体制の改革は着実に進行したが、支払い方式や新たな財源については、DPC支払い制度の導入等を除いて、ほとんど前進を見なかつた。

ところが、2006年の春の国会では、医療制度改革大綱を受けて、医療法と健康保険法が改正され、「診療情報の公開」、「医療法人制度の改革」、「住民・患者の視点に立った医療計画の策定」など、供給体制をめぐる新たな政策が、そして、「75歳以上の新たな高齢者医療制度」、「医療費適正化計画」等、財源をめぐる政策が打ち出された。(図8、図9) 同時に行われた診療報酬の改定も、医療制度改革大綱に沿った形となっており、日本の医療制度改革は、一挙に前進した

表5 政策実施を支援する政策分析の道具

| 分析の対象 | 行動計画 |
|---------------------------|---|
| 政策変更の実施容易性を分析 | 変化を促進するための条件を分析し、可能であれば修正を加える(一つの実施機関、明確な目標、一つの目標、単純な技術的侧面、最小限の変化、短期間、目に見える恩恵、明確な費用)。 |
| 基幹政策をなす価値の明確化 | 政策決定の基となっているマクロ・ミクロレベルの価値を同定する。それらの価値が政策と対立すれば、何らかの政策支援が動員されなければならない。 |
| 利害関係者の分析 | 政策変更に反対もしくは賛成しそうな関係組織(および個人)の分析を国および組織レベルで行う。同意をえるか、または同盟を結ぶことによって、どのように支持をえられるか計画する。 |
| 使用可能な金銭的・技術的・運営管理などの資源の分析 | 外部資金の費用と恩恵を考慮する。Rent seeking行動を評価する。給与水準を見直す。行動変容をもたらす動機づけを見直す。新しい情報システムや他の資源のための訓練の必要を評価する。誘因と賞罰を評価する。 |
| 戦略的な実施過程の構築 | 政策実施の方法の分析において政策立案者と運営管理者(マネージャー)を巻き込む。政策変化の支持者のネットワークを同定する。不安定部分を管理する。国民の意識を喚起する。相談、モニター、「調律」(必要に応じた修正)のためのメカニズムを設置する。 |

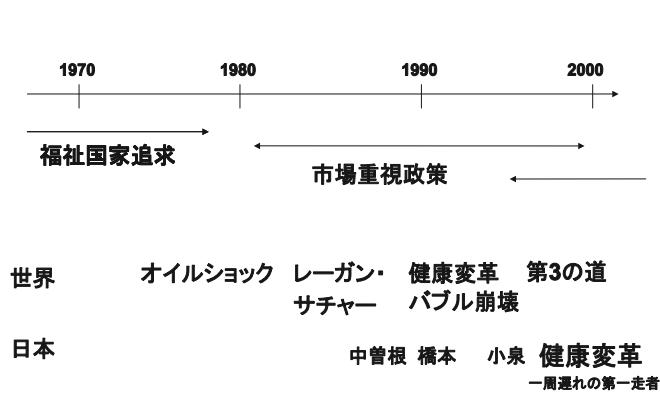


図6 世界の潮流

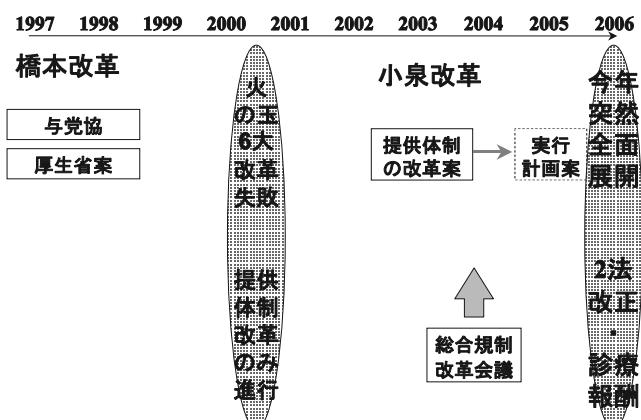


図7

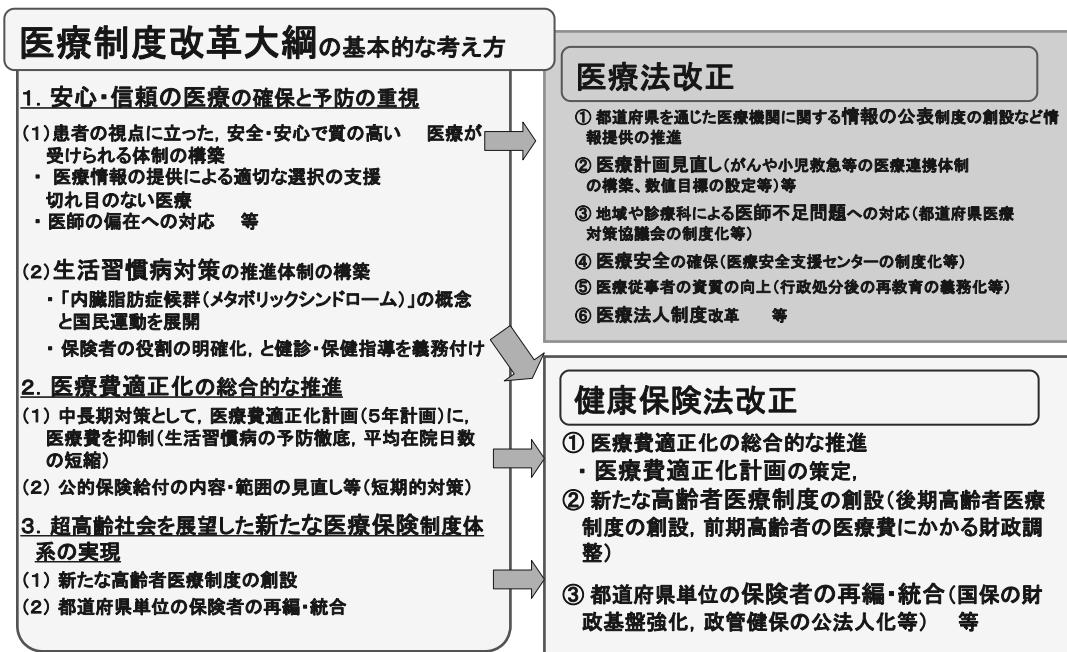
といえよう。

これらの改革の背後にある考え方は、「競争原理の導入」、「透明化」、「説明責任の強化」など、事前の規制から事後の評価へ重点を移行するもので、他分野での小泉改革の方向と期を一にしている。特に、政策や保険の運営については、中央政府から県レベルへ権限を移行する「地方分権化」の特徴が著しい。(図10) 日本の医療制度改革は、これまで比較的ゆっくりと進行してきたのに対して、この一年で急速に進行し、一周遅れの第一走者の観を呈している。という

のも、欧米では、90年代、「小さな政府」を目指し、市場重視の政策が展開されたが、その弊害があらわれ、もう一度政府の役割を見直し、「適正な政府」を目指す考えが2000年以降、もう一度見直されるに至っているからである。

6. 今後の展望

医療政策改革は、現在も世界中で展開されている。日本の場合、21世紀に入って、ようやくその改革に拍車がかかった。欧米では、20世紀の活動の蓄積の上に新たな政府の役



医療法改正

- ① 都道府県を通じた医療機関に関する情報の公表制度の創設など情報提供の推進
- ② 医療計画見直し(がんや小児救急等の医療連携体制の構築、数値目標の設定等)
- ③ 地域や診療科による医師不足問題への対応(都道府県医療対策協議会の制度化等)
- ④ 医療安全の確保(医療安全支援センターの制度化等)
- ⑤ 医療従事者の資質の向上(行政処分後の再教育の義務化等)
- ⑥ 医療法人制度改革 等

健康保険法改正

- ① 医療費適正化の総合的な推進
 - ・医療費適正化計画の策定
- ② 新たな高齢者医療制度の創設(後期高齢者医療制度の創設、前期高齢者の医療費にかかる財政調整)
- ③ 都道府県単位の保険者の再編・統合(国保の財政基盤強化、政管健保の公法人化等) 等

図8 本年度改正法案

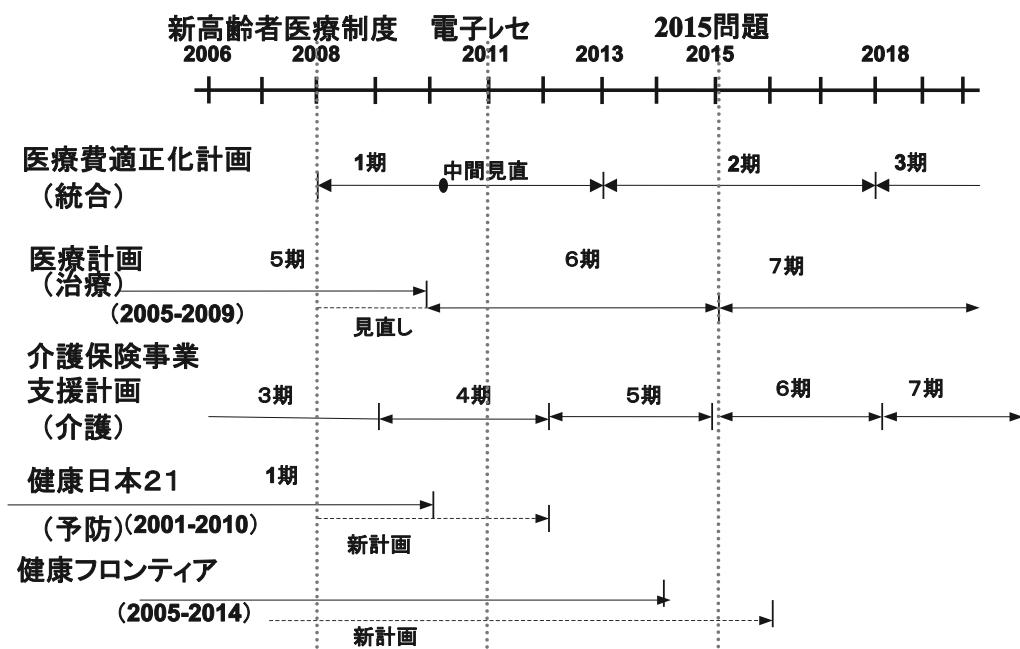


図9

| | 中央 | 地方 | 分権の効果 | | |
|--------|----------------------|----------------|----------------|------------------------------------|----------------|
| | 厚労省 | 他 省 | 県 | 市町村 | |
| 法整備 | 関連法規の整備 | | | | 早い決断 |
| 規制緩和 | 規制緩和措置 | | 医療特区等の実現 | | 地域的考慮 |
| 資源配分 | 医療特区 混合診療 | 産業界全体 の規制緩和 | | | 創造性 |
| サービス供給 | 人的資源の供給 (教育・免許制度) | | | | 市場経済への貢献 |
| 評価 | 政策医療 感染症対策 | 環境 整備等 | 政策医療 高度専門医療 | プライマリ セカンダリーケア 住民参加による評価 | 継続性 参加性 |

図10 政府内の機能分担

割をはじめ医療の「安全や質、そして満足」、すなわち、結果に重点を置いた政策に移りつつある。

しかし、日本も欧米も制度改革の目指すべき最終的な方向は一つ、すなわち、超高齢社会に向けて、医療システムを再構築することである。政策の重点もかつては「需要の抑制」から、「供給への介入」に移行した。しかし、近年では医療サービスに直接介入し、医療の安全、質、満足を向上させると同時に、効率を高める疾病管理と呼ばれる総合的な手法が提案されている。このような手法は、20世紀には試みられたものの、有効な成果を生む条件は整っていなかった。21世紀に入り、医療技術の成熟化、標準化が進行し、また大量の情報を所持しうるITが発達することによって、初めて可能となったといえよう。

欧米のこれまでの経験から学びつつ、これからは日本も情報を発信していく必要がある。

＜参考文献＞

- 1) 長谷川敏彦. 健康変革の世界的潮流と日本「医療供給体制」の今後——介護保険創設と医療法改正をめぐって, 病院 1997; 56(1): 41-46.
- 2) Collins C, Green A, Hunter D. International transfers of National Health Service reforms; problems and issues, The Lancet 1994; 344: 244-50.
- 3) World Bank. Health, nutrition and population sector strategy paper, statistical annex, Human Development Department, Washington, DC, 1997.
- 4) Sather E, Hertzberg A. Decentralisation and health systems change: The Norwegian case, Diakonhjemmet internasjonale Senter, Dis Report, 1997.2.
- 5) Berleen G, Rehnberg C, Wennstrom G: The reform of health care in Sweden, Spri, 1994.
- 6) World Health Organization Regional Office for Europe. Health care reforms in Sweden. (WHO Conference on European Health Care Reform in Ljubljana, Slovenia, 17-20 June 1996).
- 7) Schrijvers AJP. Health and health care in the Netherlands, De Tijdstroom, Utrecht, 1997.
- 8) Cassels A, Janovsky K. A time of change: health policy, planning and organization in Ghana, Health Policy and Planning 1992; 7(2): 144-154.
- 9) Republic of Zambia: National Health Policies and Strategies (Health Reform). Ministry of Health, Lusaka, 1992.
- 10) Newbrander W. Private health sector growth in Asia. John Wiley and Sons Ltd, 1997.
- 11) Phua Kai Hong: Health transition and health sector reform; Perspectives from Asia. (presented at International Symposium on Health Transition and Health Sector Reform of Asia, 1997.6).
- 12) Nitayarumphong S. Health care reform at the frontier of research and policy decisions, Ministry of Public Health, Thailand, 1997.
- 13) Bennett S, Mills A. (eds). Special issue; the public / private mix; policy options and country experiences, Health Policy and Planning 1994; 9(1).
- 14) Vienonen M. Fifth Meeting of the Export Network on Health and Health Care Financing Strategies (Midnet), World Health Organization Regional Office for Europe, 1996.