

Jun 15, 1999

メディケアとマネジドケア ——メディケア・チョイス・プログラムの動向——

JETRO New York, Health and Welfare Dept.

Director 伊原和人

Research assistant 天池麻由美

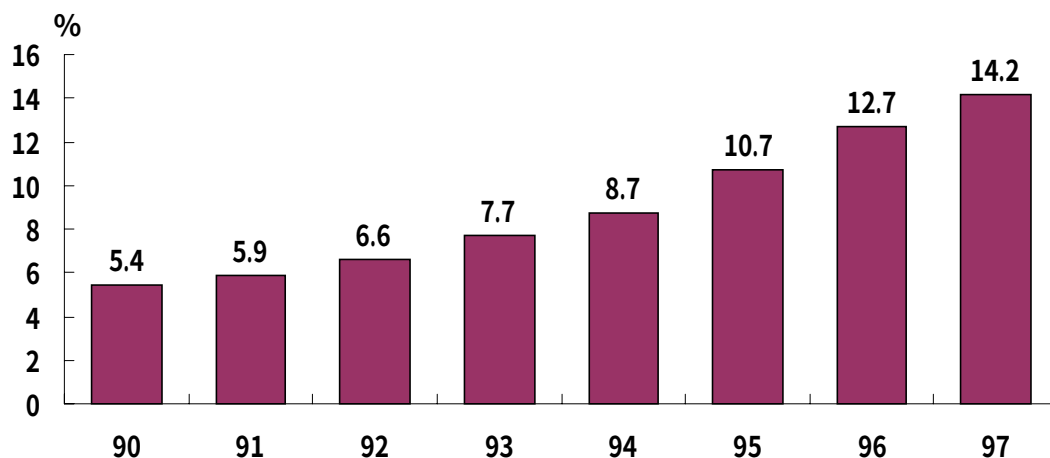
メディケアの医療費抑制を狙って、1997年の均衡予算法で制度化されたメディケア・チョイス・プログラムであるが、これまでのところ、マネジドケア商品に馴染みのない高齢者側に混乱が見られたり、高齢者の医療リスクの高さや低い償還水準を嫌った保険会社が次々と撤退するなど、予期せぬ問題が起こる中で、当初の予想とは異なって普及が遅れている。

そこで今回は、メディケア・チョイス・プログラムの動向、そしてこうした施行段階でのトラブルがメディケア改革論議に与える影響などについてレポートする。

1 メディケア・チョイス・プログラムの概要——均衡予算法で制度化——

メディケア（高齢者と障害者を対象とした公的医療保険制度）は、図表1（7ページ参照）のように、連邦医療保険財政庁（HCFA）によって運営されているが、1982年の Tax Equity and Fiscal Responsibility Act 以降、加入者が希望する場合には、HCFA が運営する従来型のプランではなくメディケア HMO と呼ばれる HMO の選択が認められている。当初、その普及は進まなかったが 90 年代半ば以降、徐々にではあるが加入者数が増加している（図表2参照）。

(図表 2) メディケア加入者全体に占めるメディケア・マネジドケア加入者の割合の推移



(出典) Physician Payment Review Commission (現 Medicare Payment Advisory Commission) analysis of Medicare Managed Care Contract Reports

このメディケア HMO に加入すると、外来処方薬など本来のメディケアでは給付対象とされない医療を受けることができるほか、各種の自己負担が大きく軽減されるというメリットがある（例：HCFA が運営する従来型のプランであれば受診時の負担が定率 20% であるのに対し、1 回 5～10 ドルの定額負担で済むなど）。

しかし、HMO の場合、医師や医療機関へのアクセスが大幅に制限されるなどデメリットもあり、こうしたアクセス制限を嫌った高齢者の多くは HCFA が運営する従来型のプランを利用しており、均衡予算法が成立した 1997 年段階では、メディケア HMO に加入している加入者は約 14%にとどまっていた。

こうした背景の下で成立した均衡予算法では、マネジドケアの医療費抑制効果を重視し、メディケアにおいても、マネジドケアを普及させるという観点から、従来から認められてきた HMO のほか、POS、PPO、PSO といった多様な選択肢を認めることとした（メディケア・チョイス・プログラム）¹

また、各保険会社等がこうした商品の投入を容易にするために、HCFA の認可を得るための各種手続きを簡素化、迅速化するとともに、これまで普及が遅れていた郡部での普及を図る観点から、郡部での HMO 等の支払いが従前よりも有利になるように支払方式

¹ HMO、POS、PPO 等のマネジドケア組織の基本的スキームは「解説 1：マネジドケア組織の基本的スキームについて」を参照。

なお、メディケア・チョイス・プログラムでは、HMO 等のマネジドケア型のプランのほか、出来高払い方式の民間保険商品や医療貯蓄口座（MSA）の選択も認められている。今回、新たに認められた出来高払いプラン（private Fee-For-Service plan）は、現在、HCFA が運営している従来型のプランとは異なり、民間保険会社が加入者に対し、寛大な給付を行う反面、その費用に充当するための追加的な保険料の徴収を認めるとするものである。また、こうした加入者に対して医療を提供した医師や医療機関は、保険会社から支払われる保険給付では請求額に不足する場合にはその不足額を直接、加入者に対し請求できることとしている（従来型のプランでは、法律で定められた自己負担、免責額以外を加入者から徴収することは原則認められていない）。

また、医療貯蓄口座については、「解説 2：医療貯蓄口座について」を参照。

を改めることとした。

2 施行段階でのトラブル——高齢者側の混乱とマネジドケア側の撤退——

メディケア・チョイス・プログラムが実施されることにより、今後、メディケアでもマネジドケアが急速に普及するものと予測されていたが（議会予算局は、2007 年段階でメディケア加入者の約 34%が加入と推計）、1998 年に入って、このメディケア・チョイス・プログラムが施行される段階になって、以下のような問題が生じ、当初の予測とは異なった状況となっている。

① 高齢者側の混乱——商品の種類が多すぎて理解できない——

POS や PPO といった新たなプランが認められることによって、高齢者にとって選択の幅が増えたことは確かであるが、同時に、さまざまな保険商品が登場することによって高齢者はその相違が理解できず、かえって混乱してしまうという事態が生じている。政府や高齢者団体は、さまざまな教育プログラムを作成し、情報提供に務めているが、多くの高齢者が自らのニーズに合致した商品選択を行うまでには、なお時間を要するものと見込まれている。

② マネジドケア側がメディケアから撤退——高齢者の医療リスクの高さ、低い償還水準を危惧——

民間医療保険加入者（現役世代）の約 75%がマネジドケアに加入していると言われる今日、マネジドケア業界にとっての最大の新たなターゲットは、高齢者、つまりメディケア（メディケア・マネジドケア）となっている。

均衡予算法の成立は、その意味で民間医療保険業界にとって追い風であったと思われていたが、いざ本格的にスタートしようという段階になって、高齢者の医療リスクの高さ、そして、HCFA 側の厳しい規制や抑制された償還水準を嫌って、撤退するマネジドケア会社（大部分は営利法人）が続出している。

1998 年 11 月に、HCFA は、その時点でメディケア・マネジドケアを提供していた 347 の保険プランに対し、今後も継続して商品を提供するかどうかの意思確認を行ったが、全体の 12%に当たる 43 プランで継続しないと回答し、さらに 54 プランではその対象地域を採算性の観点から限定すると答えている。この中には、Aetna U.S. Healthcare、Foundation Health System、Prudential Health Care、Humana、PacifiCare Health Systems といった大手保険会社も含まれている。

3 マネジドケア撤退の背景——マネジドケアを高齢者全般に拡大することによって、かえって収益率が低下——

こうした保険会社の撤退・事業縮小は、医療費抑制の観点から、メディケアにおいてマネジドケアを普及させることを意図した均衡予算法が、逆に、その医療費抑制策が強

烈なあまりに、それぞれの保険会社の収益性を大幅に低下させたことに起因している。

これまでメディケア HMO は、HCFA からの償還水準が高い大都市地域を中心に事業を展開するとともに、比較的健康な、つまり医療費のかからない高齢者を中心に加入を促すことによって、収益を上げてきた。しかし、均衡予算法によって、

i) 償還ルールが大都市部に不利になるように改正されたこと。²

ii) マネジドケア型プランを高齢者全般に普及することとされたため、従来のように健康な高齢者を中心に事業を展開することが困難となったこと。

から、その収益性が著しく低下することとなったのである。さらに、HCFA は 2000 年 1 月より、前年度の入院の有無及び疾病の種類によって、マネジドケア組織に支払う定額の報酬の償還水準を異ならせるという新たなルールを施行することとしており³、これによってさらにマネジドケア型プランの収益率は低下するものと予測されている。

4 撤退の影響——約 40 万人の高齢者が他のプランへの乗り換え又は従来型プランへの再登録を余儀なくされる。政権側は撤退時のペナルティ強化へ——

こうした状況を背景として、保険会社のマネジドケアからの撤退・事業縮小が急速に進んでいるのであるが、今回の事態によって、全米で約 40 万人の高齢者が、他のマネジドケア型プランに乗り換えるか、あるいは、自らの居住地域でマネジドケア型プランが提供されていない場合には、HCFA が運営する従来型のプランに再登録することが必要となっているといわれている。⁴

² 従来のメディケア HMO の場合、各 HMO に対して、加入者の年齢、性別、居住地域、メディケイドの適用の有無、職業の有無及び入院の有無に応じ、1 人当たり定額の報酬（HCFA が運営する従来型の給付を受ける者に要する医療費の 95% の水準）があらかじめ支払われ、各 HMO はこの報酬を財源として加入者に対して医療サービスを提供していた。こうした方式の下では、医療費の高い大都市部では高い報酬水準に、医療費の低い郡部では低い水準になるとされてきた。

均衡予算法では、これを各地域ごとに以下の 3 つの額のうち最も高額な水準に設定することとした。この方式を採用することで、実質的に郡部での報酬水準が向上するといわれている。

① 当該地域の報酬水準と全国の報酬水準の双方を加味して算定した水準（毎年改定）

② 1998 年の最低報酬水準を 367 ドルと設定し、これを毎年改定した水準

③ 当該地域の前年の報酬水準に 2% 上乗せした水準

ただし、2002 年までの間は、メディケア支出抑制の観点から、①及び②の毎年の改定水準については、HCFA が運営する従来型のメディケアの伸び率から毎年 0.5%～0.8% を控除した率とすることとされており、これまで従来型の給付を受ける者に要する医療費の 95% であった償還水準は、2003 年には 89% にまで低下するといわれている。

³ 新たな報酬支払ルールは、Principal Inpatient Diagnostic Cost Group (PIP-DCG) 方式と呼ばれ、前年度に入院歴があるもののうち、その入院の原因となった疾病が所定の 15 のカテゴリーに当てはまる患者について、従来のルールに加えて、こうした既往歴を加味し割り増しして報酬を支払うとするものである。現在、連邦医療保険財政庁より出されている提案によれば、今日、全国平均で 1 年間に約 5,800 ドルの定額の報酬が HMO に支払われているが、これを、前年に特定の疾患のために入院した履歴を持つ者については加算し、履歴のない者については減額するとしている。具体的には、乳がんの場合 1,910 ドル、心筋梗塞の場合 4,666 ドル、肺がんの場合 12,435 ドルなどを加算し、健康な加入者については 20% ほど減額するとしている。

⁴ メディケア・マネジドケアの加入者は、1998 年 9 月段階で約 590 万人と推計されており、40 万人はその約 7% に相当する。

特に、後者の従来型のプランに再登録を余儀なくされる者は約5万人程度と推定されているが、彼らは、従来型のプランでは提供されない薬剤給付などを受けるために、新たに月200ドルを超える保険料を負担してMedigapと呼ばれる補足的医療保険を購入する必要性が生じており、こうした者を中心として民間保険会社の一方的な撤退・事業縮小に対する批判が高まっている。

こうした一見「無責任」にも見える撤退に対する世論の反発を背景に、クリントン政権側は、撤退しようとするマネジドケア組織に対し、ペナルティを課すとともに、新たに参入しようとする保険者に対し、その事務手続きを迅速に行うなど各種優遇措置を講じると発表している。

これに対し、保険会社サイドは、こうした撤退・事業縮小は、均衡予算法によってマネジドケア型プランに支払われる報酬額が削減されたことなどが原因であるとして、HCFA及び議会に対して、メディケア・マネジドケア型プランの給付水準の引き下げあるいは報酬額の引き上げを強く要求しているが、これまでのところこうした要求に対する賛同は得られていない。

5 メディケアの改革論議への影響——マネジドケアへの過度な傾斜を警戒——

高齢者の選択の幅を広げるとともに、外来薬剤に関する給付など実質的に給付水準の向上が期待されたメディケア・チョイス・プログラムであるが、これまでのところは、むしろ、その狙いは裏目に出ているようである。

メディケアについては、ベビーブーマー世代が本格的な高齢者となる2010年以降を焦点として、本格的な改革案が議論されているが、その中で、共和党を中心として、現在のHCFAが運営する従来型の仕組みを廃止し、その代わりに、各高齢者が自ら民間医療保険を購入し、メディケアはその保険料補助を行うとする案が有力となっている。言い換えれば、均衡予算法によって実現したメディケア・チョイス・プログラムを大幅に拡大し、すべての高齢者が自分の選択する医療保険プランに加入するとするものである。

高齢者の選択の幅を広げ、自由度を拡大するというキャッチフレーズが、裕福な高齢者を中心に評価されているのであるが、前述のようにメディケア・チョイス・プログラム自体がその施行に当たって数々の問題点を抱えている中で、こうした提案に対しては、額面どおり受け取るとは危険であるとの懸念も強まっている。

6 メディケア・マネジドケアの将来——メディケアの二極分化の危険も——

一方、こうした問題が発生しているからといってマネジドケアが既に主流となった米国の医療制度が、従来の出来高払い制度に逆戻りすると見る有識者はほとんどいない。

疾病リスクの高い高齢者の分野については、これまで十分なデータの蓄積がないため、マネジドケアの核心とも言える医療管理技術が未熟であるともいわれており、こうした不十分な状況のまま、一挙にマネジドケアを拡大しようとしたことが、今回のトラブルの原因となったと考える識者も多く、こうした観点に立つ者は、今後、マネジドケア組

組織が経験を積むにつれて、その医療管理手法も洗練され、今日、現役世代に普及している状況と同様に、メディケアの分野でもマネジドケアが一般化すると予想しているようである。

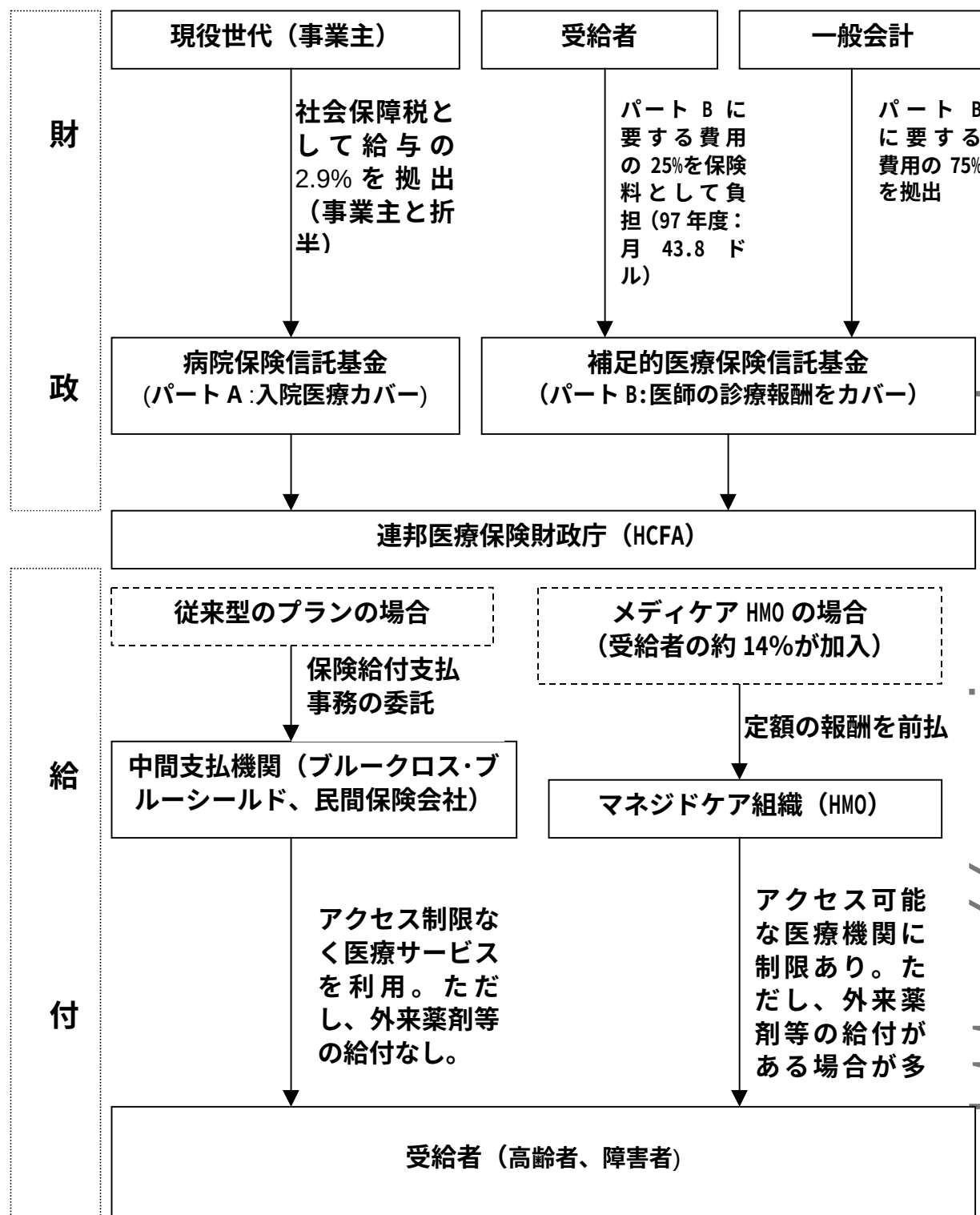
マネジドケアの進化（技術革新）の歴史を眺めると、確かに、こうしたシナリオは十分に想定されるものの、一方で、株式市場からの強烈なプレッシャーを受けながら、常に利益を上げなくてはならない民間医療保険会社の置かれた立場を考えると、既に持病を有し医療リスクの高い者が多数存在する高齢者層をすべて包括的にカバーするにはかなり無理があるのではないかとも思われる。

メディケア・マネジドケアにおいては、基本的に加入者1人あたりの収入が同じであるから、保険会社はその支出額を削減することで互いに競争することとなる。こうした競争下では、加入者の医療リスクを下げるのが最重要課題となる。比較的健康度が高く、疾病予防効果の高い高齢者であれば、疾病予防のための各種措置を講じることによって医療リスクの低減を図ることが期待できるが、既に持病を持ち医療リスクの高い高齢者の場合には、おそらく各保険会社はこうした者の加入を最少化するための手法（もちろん合法的な措置）を考えるであろう。効果のはっきりしない疾病予防よりも、数値上明確であるし、即効性があるからである。実際、現在でも、各保険会社は、健康な高齢者が読むような趣味の雑誌などに広告を出したり、こうした高齢者に関するデータベースを入手し、電話によるマーケティングを行うなど顧客対象のしぼりこみを行っているのである。

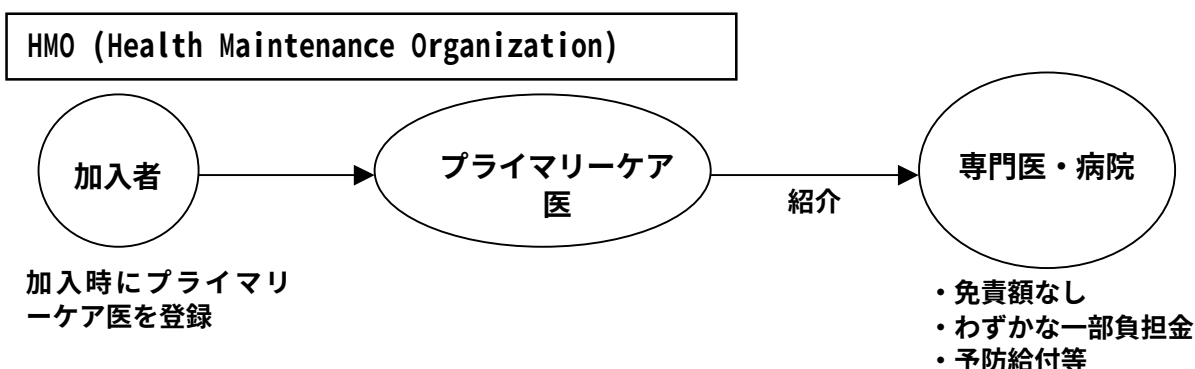
このような一見反倫理的にも見える行動を抑制するために、今後、Principal Inpatient Diagnostic Cost Group (PIP-DCG) 方式のような洗練されたリスク調整の仕組みが次第に発達するであろうが、それでもやはり完全なリスク調整は困難であろう。各保険会社は、引き続き、高齢者層をセグメント化し、疾病リスクの低い者を中心に事業を展開しようとする（cherry-picking）であろう。

となると、メディケア・マネジドケアの下では、病気がちの高齢者は取り残されることがとなる。それは同時に、こうした病弱な高齢者の受け皿となる従来型のプランは、リスク分散機能が十分に働かず、膨大な公費を必要とする制度となり、その運営は容易ならざるものとなろう。今日なお比較的小さな存在であるメディケア・マネジドケアであるが、いずれその医療管理技術も発展を遂げ、高齢者層にも相当浸透していくものと思われる。しかし、その延長上には、メディケアの二極分化という新たな困難な問題が待ち構えているのである。

(図表 1) メディケアの仕組み (1997 年段階)

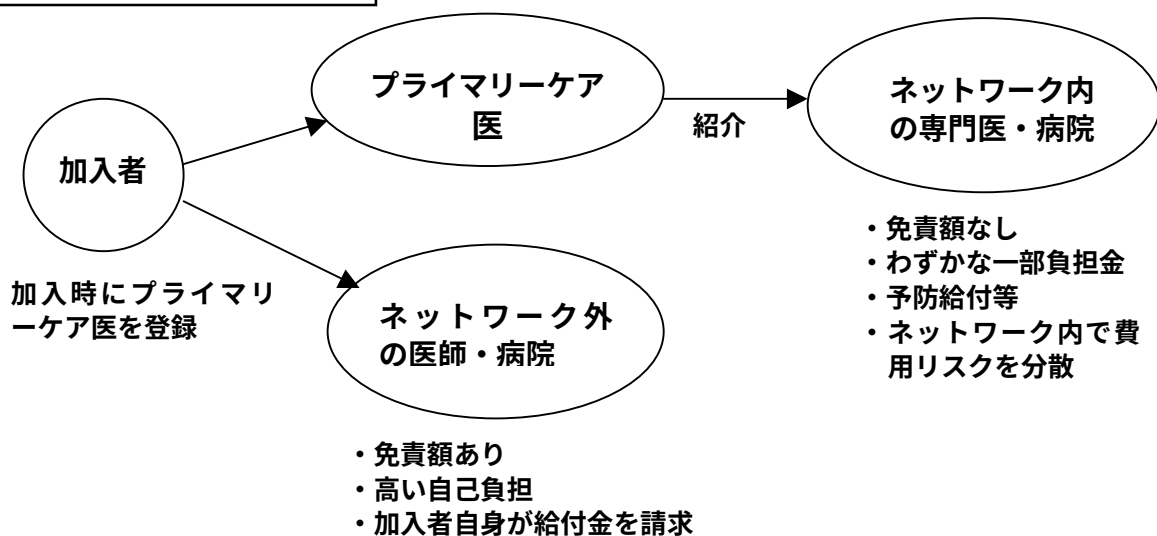


(解説 1) マネジドケア組織の基本的スキームについて



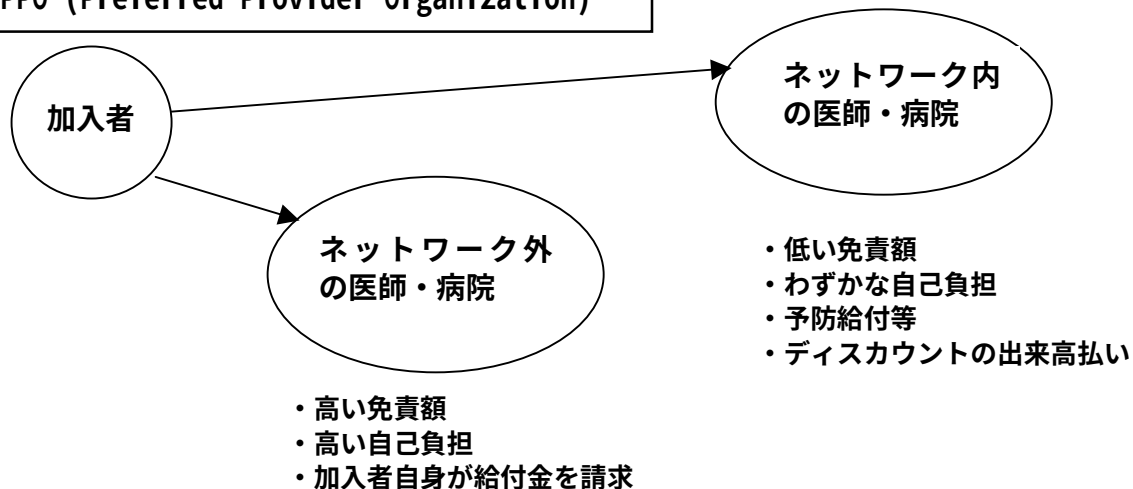
- ・ プライマリーケア医及び専門医・病院はいずれも HMO のネットワークに所属。加入者は、HMO のネットワークに加入した医師や医療機関のみ利用できる。
- ・ 専門医の受診及び病院への入院は、いずれもゲートキーパー役のプライマリーケア医を通して行われる。
- ・ HMO から医師への報酬支払は、通常、以下のとおり。
 - ① 医師が HMO に直接雇用されているケース
給与。なお、実績（患者 1 人当たり医療費が低い等）に応じてボーナスを支給するケースも見られる。
 - ② 医師がグループとして HMO に参加しているケース
対プライマリーケア医： 通常、人頭払（capitation：診療の有無、内容にかかわらず、登録者 1 人当たり定額を支払う仕組み）が一般的。なお、ボーナスを組み合わせているケースもあり。
対専門医： 出来高払いが一般的。
- ・ 病院への報酬支払は、人頭払、DRG/PPS、1 日当たり定額払、出来高払と様々。
- ・ 一部負担（例：1 回受診時 10 ドルなど）は、従来の出来高払い型の商品（定率 2 割など）と比べて低く、加入者にとって大きな魅力となっている。
- ・ 積極的に予防給付を実施している。

POS (Point-of-Service)



- ・ POS のネットワークに所属しているプライマリーケア医及び専門医・病院の利用については HMO と同様。ただし、ネットワーク外の医師や医療機関の利用も可能（ただし、自己負担が増える）。
- ・ POS のネットワークに所属している医師・病院への報酬支払は、HMO の場合と同様。
- ・ POS のネットワークに加入している医師や病院を利用する限り、一部負担（例：1 回受診時 10 ドルなど）は低いが、ネットワーク外の医師や病院を受診する場合には、免責額があったり、3 割負担となるなど自己負担が増える。
- ・ 積極的に予防給付を実施している。

PPO (Preferred Provider Organization)



- ・ HMO や POS のようなアクセス制限がない。ただし、PPO のネットワーク外の医師や医療機関を利用した場合には自己負担が増える。
- ・ PPO から医師への報酬支払は、ディスカウントされた出来高払（例：10～15%引き）。
- ・ 病院への報酬支払は、DRG/PPS、1 日当たり定額払、出来高払と様々。
- ・ 定率負担が一般的。利用した医師や病院がネットワーク内であるか外であるかによって負担割合が異なる（例：ネットワーク内であれば 1 割負担、ネットワーク外ならば 3 割負担）。
- ・ ネットワーク内の医師や病院では予防給付が受けられることが多い。

（参考） PSO (Provider Sponsored Organization)

PSO とは、医療機関や医師が、メディケア加入者に対して医療を提供することを目的として結成された組織のこと。他のマネジドケア型プラン同様、HCFA から定額の報酬を受け、その加入者に対して医療を提供する。

現役世代を対象とした通常のマネジドケア保険では、各保険者は医療の提供のほか、保険料の徴収等の事務が必要となるが、メディケア・マネジドケアの場合には、保険料に相当する報酬は HCFA から直接支払われるため、こうした事務負担がない。したがって、医療機関や医師にとっては比較的参入しやすいと考えられており、この PSO の導入は米国医師会その他の医療関係団体からは高く評価されている。また、保険会社ではなく医療提供者自身が担い手となることから、高齢者にとっても他のプランと比べて信頼がおけるとして評判も高いといわれている。

しかし、メディケア・マネジドケアの場合も、限られた報酬の中で適切な医療を提供するためには、他のマネジドケアと同様に、豊富なデータベースを保有し、適切な診療ガイドラインの設定など強力な医療管理を行う必要があるが、そのためには膨大な情報化投資が不可欠であり、資本力に乏しい医療機関や医師グループにこうした対応ができるかどうか疑問視する声も大きい。

（解説 2） 医療貯蓄口座 (Medical Saving Account) について

医療貯蓄口座とは、メディケア・パート B の保険料^注を納付する代わりに、自らの医療費に充当するために開設を認められたものである。既に公的医療保障制度の対象とならない現役世代については、1996 年に成立した医療保険改革法に基づき試験的に実施されているが、メディケアでは、1999 年より 39 万人を上限として試験的に実施することとなったものである。

基本的仕組みは下図のとおり。

^注 メディケア・パート B は、医師の診療費をカバーするものであり、パート A と異なり任意加入である。総費用の 75% を国庫補助がカバーし、残りの 25% は高齢者自身の保険料でカバーする。高齢者は毎月、保険料（1997 年段階で 43.8 ドル）を納付する。

まず、医療貯蓄口座利用者は、免責額が高額な医療保険を購入する（ただし、免責額は最高 6,000 ドル）。メディケア（HCFA）は、この医療保険の保険料を負担するとともに、当該口座に対し、定額の拠出を行う。医療貯蓄口座利用者は、かかった医療費を、まず自分の口座から引き出して充当する。仮に口座残高がゼロになってしまった場合には、当初購入しておいた医療保険の免責額までは全額自己負担することとなる。当該免責額を超えると、以降は、当該医療保険の給付で対応する。また、年度内に医療費支出が少なく、口座に残高がある場合には翌年度に持ち越すことが認められている。医療貯蓄口座の残高を医療以外の目的に使用することは可能であるが、この場合には、所得として課税されることとなる。

なお、HCFA が運営する従来型のプランと異なって、医師や医療機関は、制限なく自由に医療貯蓄口座利用者に対して医療費の請求を行うことができる。

こうした医療貯蓄口座制度の創設は、各高齢者に自らのリスクに応じてメディケアからの「脱退」の自由を認めるものと言える。リベラルな有識者の中では、比較的健康で裕福な高齢者のメディケアからの離脱を招き、究極的にはメディケアの崩壊を招くのではとの懸念も出されている。

なお、1998 年 6 月に最終的な細則が施行されたが、現在までのところ、医療貯蓄口座用の免責額が高額な医療保険を販売する保険会社はなく、本制度への参加者はゼロとなっている。

Medical Saving Accounts (MSA) の仕組み

