

メディケア改革の動向（ ） ——クリントン大統領、改革案を発表——

Vol. 4, No. 51 July 1, 1999
Health and Welfare Department
伊原和人 (Kazuhiro Ihara)
天池麻由美 (Mayumi Amaike)

前回のレポートでは、超党派での合意を目指して発足したメディケア改革委員会において民主党関係者の合意を得られず最終報告をまとめることができなかつた経緯を紹介したが、今回は、このメディケア改革委員会で提案されたブロー委員長案に対抗して、クリントン大統領が発表したメディケア改革案についてレポートする。

この大統領案は、6月29日に発表されたものであり、薬剤給付の創設、メディケア・マネジドケアプランへの価格競争の導入、HCFAが運営する従来型プランにおける診療報酬のディスカウント契約の導入、健康診断における一部負担の撤廃などを内容としている。

基本的に、今年1月の一般教書演説の内容に沿った改革案であるが、薬剤給付を形式上任意加入制としたり、また、メディケア・マネジドケアプラン間での価格競争、さらに、従来型プランにおいて医療機関とのディスカウント契約を導入するなど、ブロー提案が重視する「競争」を通じた費用抑制を進めるというアプローチについても、ある程度配慮したものとなっている。

しかし、新たな公費の投入を否定するブロー提案とは異なり、今後生じる財政黒字（7,940億ドル）を15年間にわたってメディケアに投入することを明確にするとともに、ブロー提案の中核とも言える保険料補助方式を採用せず、HCFAが運営する従来型のプランを、引き続きメディケア・マネジドケアプランとは一線を画して運営するとしている。

こうして大統領案が示されたことにより、論議の対象となる両党の提案が出揃ったことになる。両案は、意外なほど似ているとの評価もあるが、薬剤給付の財源問題など容易ならざる課題も多く、来年の大統領選挙の主要な争点へと発展していくのではないかと見られている。

1 クリントン大統領案の内容 薬剤給付の創設が目玉

クリントン大統領の提案の内容は、以下のとおりである。

(1) 薬剤給付の創設 5割給付で上限付き

メディケアにパートDとして、外来処方薬に関する給付を創設し、給付率は5割とする。あくまでもパートB（医師の診療費をカバー）同様に任意加入であり、給付を希望する者は保険料を負担する必要がある。

提案によれば、2002年にスタートし、初年度は月額24ドルで年間2,000ドルの薬剤費までが給付対象となる（5割給付であるから年間1,000ドルを上限に償還され、年間の薬剤費が2,000ドルを超える部分は全額自己負担となる）。その後、徐々に給付対象上限額は引き上げられ、2008年には年間5,000ドル（給付額でみると2,500ドル）となる。

また、貧困基準135%未満の者については、保険料や一部負担を免除することとし、貧困基準135%以上150%以下の者については保険料の補助を行うこととしている。

こうした薬剤給付の創設によって、メディケア加入者自身もボリューム・ディスカウントを受けることが可能となるとしており、平均10%以上のディスカウントが可能になると予測している。なお、現段階では保険償還の具体的方法などについては明らかになっておらず、公定薬価等が設定されるかどうかについては判然としないが、おそらくこれまでの議論を見る限り、PBM、民間保険会社等に対して給付を包括的に委託する方式を採用することで、政府自らが直接、償還価格を設定するといったことはないのではないかと思われる。

この薬剤給付の創設によって、新たに10年間で2,280億ドル（約27兆4000億円）の予算が必要になると予想されており、そのうち1,100億ドルを加入者が負担する保険料で賄い、残りの1,180億ドルには国費（財政黒字が財源）を充当することとしている。

(2) メディケア・マネジドケアプランへの価格競争の導入

現在、メディケア加入者は、HCFAが運営する従来型のプラン（出来高払）のほかに、HMO、PPO等のマネジドケアプランの選択が認められている（メディケアパートC：別名メディケア・チョイス・プログラム）。このメディケア・チョイス・プログラムにおいては、各プランを運営するマネジドケア組織に対して、HCFAから加入者一人当たり定額の報酬が支給されており、各マネジドケア組織は、この一律の報酬額の下でサービス（給付）に関する競争を行っている。

しかし、今回の大統領案では、マネジドケアプラン間の一層の競争を促進するととも

に、高齢者の加入を促進しようという観点から、高齢者が低コストのプランを選択した場合には、全体の平均コストを下回る額の4分の3（つまり1ドルにつき75セント）を加入者本人に還元するとしている。つまり、従来のサービス競争に新たに価格競争を加えようとするものである。

こうした保険プラン間で価格競争を促進しようとする考えは、まさにブロー案と軌を一にするものであるが、両者が異なるのは、ブロー案が保険料補助方式を採用し、HCFAが運営する従来型プランを含め、すべての保険プランを同一の土俵で競争させようとしているのに対し、大統領案は、あくまでメディケア・チョイス・プログラム内の競争にとどめ、従来型プランについては従前どおりとしている点である。つまりブロー案の場合には、原則として各プランの費用の12%が保険料として設定されることとなるから、従来型のプランも他のマネジドケアプランと負けず劣らず費用抑制を図らないと、他のプランと比べて保険料水準が高くなり、加入者離れを起こす可能性が高い。したがって、HCFAは給付よりも費用抑制に躍起になることが予想される。これに対して、大統領案の場合には、価格競争は原則として、マネジドケアプラン内でのみ生じ、その直接的な影響は従来型プランには及ばない。したがって、アクセス制限が伴うマネジドケアを嫌う高齢者は、従来のパートBの保険料（現在45.50ドル）を負担すれば引き続き出来高払いの給付を受けられることとなる。

ブロー案が、競争による医療費抑制を徹底しようとするものであるのに対し、大統領案は、病気がちで比較的医療費のかかる高齢者が多数残留すると予想される従来型のプランが価格競争に巻き込まれ、給付水準の低下を余儀なくされることを危惧し、マネジドケアプランの競争とは一線を画したものと思われる（しかし、その反面、医療費抑制効果は乏しくなる）。

（3） HCFA が運営する従来型プランにおける診療報酬のディスカウント契約の導入

現在、HCFAが運営する従来型のプランでは、医師の診療報酬、病院の入院費等については、それぞれ一律にRBRVS、DRG等のルールで報酬が支払われているが、大統領案では、その取扱を弾力化し、医師グループや病院チェーンなど医療提供者と交渉してディスカウントを求めることができるように改めるとしている。本レポート執筆段階においてその手法についての具体的な説明は発表されていないが、おそらく現在、PPOで見られるようなディスカウントの出来払、あるいはHMOに見られるような人頭払といった支払方法の導入を想定しているのではないと思われる（従来型プランの特徴の一つであるフリーアクセスとどうやって両立させるのかは不明であるが……）。

（2）で触れたように、大統領案では保険プラン間の価格競争から従来型のプランを除外している。大統領側としては、ブロー案との対抗上、従来型プランにも何らかの費用効率化策が必要との判断もあって、こうしたディスカウント契約の導入といった提案

を盛り込んだものと推測される。

(4) 健康診断における一部自己負担等の撤廃

前立腺がん、結腸がん、乳がん、子宮がん、骨密度測定などの健康診断は、1997年の均衡予算法によって制度化されたものであるが、今回、早期発見を促進するという観点から、その一部自己負担及び免責額を撤廃することが提案されている。あわせて、50歳以上の中高年者を対象として健康教育プログラムをスタートするとともに、3年間の禁煙プログラムを実施することとしている。

(5) 検査費用 (laboratory test) に関する患者一部自己負担の導入、免責額に消費者物価スライドを導入

現在、検査費用に関する患者の自己負担はないが、患者のコスト意識を喚起することにより、過剰検査を抑制し、また、不正請求のチェックを進めることを目的として、20%の定率自己負担を導入することを提案している。また、パートBの免責額(現在年間100ドル)についてインフレ調整を行うこととし、消費者物価指数の変動に応じて毎年引き上げることとしている。

(6) 医師・医療機関等に対する報酬削減を2003年以降も継続

1997年の均衡予算法では、医師、病院、ナーシングホーム、在宅サービス事業者などに対する報酬水準をドラスティックに引き下げたが、同法が失効する2003年以降も、原則としてこうした措置を継続し、その後の10年間で約390億ドルを節減することとしている。

ただし、均衡予算法での削減幅が大きく、現在、廃業、経営困難など社会問題ともなっているナーシングホームや在宅サービス事業者などについては削減幅を緩和することとしている。

(7) 65 歳未満の者を対象とした任意加入制度の創設

今回の大統領案では、昨年 1 月に提案されて以降、本格的な議論が行われていない 65 歳未満の者を対象とした任意加入制度の創設等についても、再度、盛り込まれている。受給資格を有しない 65 歳未満の者でも、保険料負担を行うことを条件に、加入を認めるというものである。その内容は以下のとおり。¹

62 歳以上の者を対象とした任意加入制度

62 歳以上 65 歳未満の者に対し、自ら一定額の保険料を支払えばメディケアへの加入を認めることとし、任意加入者は、保険料として 65 歳になるまでは月約 300 ドル、65 歳となりメディケアの受給資格者となって以降は、毎月 10～20 ドルを追加的に負担するというもの²。

夫の勤務先の医療保険によってカバーされていた妻が、夫の退職によって無保険者となるケースや、既に疾病を有しているために高額な保険料負担を求められ事実上、民間保険に加入できないケースなどが対象となるものと見込まれている。

55 歳以上の失業者を対象とした任意加入制度

55 歳以上の失業者に対し、自ら保険料を負担することを条件に加入を認めるというもの。ただし、この制度と異なり、すべての費用を任意加入者のみで負担することから、その保険料水準は月 400 ドル程度と見込まれている。一方、65 歳以上となり受給資格が発生すると追加的な保険料負担はない。

(8) 財政試算

クリントン大統領は、今回の改革案の目標を、競争原理の導入と効率化、給付の現代化 (modernize)、21 世紀に向けた財政の強化としている。

財政試算によれば、この競争原理の導入と効率化を通じて、制度スタート後の 10 年間で 720 億ドルの節減を図るとし、その約半分は従来型の診療報酬の削減を通じて達成するが、残りの半分は市場競争を活用したプログラムを通して節減が図れるとしている。

¹ 詳細については、The America Report Vol.4 No.7「クリントン政権、Medicare の対象年齢の拡大を提案」を参照。なお、この提案は、2000 会計年度に関する大統領予算案に既に含まれている。

² 現在、65 歳以上の受給資格者は、通常、パート B に加入し、その保険料として現在 45.50 ドル支払っているが、この提案によれば 65 歳前に任意加入した者の場合には、この保険料に 10～20 ドルが加算されることとなる。

薬剤給付の創設によって、新たに今後 10 年間で公費ベースで 1,180 億ドル(14 兆 1600 億円)もの財源が必要と見込んでいるが、そのうち 725 億ドル(約 60%)は前述の費用節減によって捻出し、残りの 455 億ドルについては財政黒字を財源としてメディケアに投入する 3740 億ドルの一部(約 8 分の 1)を充当するとしている。

各種の費用抑制策を通じた節減と財政黒字の投入を通して、メディケアの財政状況は大きく改善し、仮に薬剤給付を創設したとしても、現在、2015 年に赤字転落が予想されているメディケアの病院保険信託基金(パート A)は、2027 年まで 12 年間の延命が図れるとしている。

2 大統領提案に対する反応

「薬剤給付の創設」と「メディケア財政の再建」という相矛盾する目標を両立させようとする大統領提案に対しては、共和党サイド、関係団体等からは、次のような批判、懸念が出されている。

(1) 薬剤給付をめぐる批判、懸念 財政黒字投入の是非

高齢者に薬剤給付が必要だとの認識は、共和党の中でも次第に広がっており、正面から反対する者は少なくなっている。

しかし、本当に給付を制度化すべきかどうか(というよりできるかどうか)については異論が多い。そもそも共和党サイドは、財政黒字は減税に充てるべきとの主張であり、財政黒字をメディケアに充当し、しかもそれによって新たな給付を拡大することについては反対との立場である。また、民主党内であっても、ブロー上院議員のように、年々ニケタの勢いで上昇する薬剤費の状況などを考えあわせると、加入者の追加保険料だけで賄えないような給付制度の創設には反対だという意見もある。

そもそも財政黒字自体が、現在の好況に支えられたものであり、今後とも永續すると真剣に考えている者はいない。現在の経済状況を前提とした予測を基に、新たな恒常的な給付プログラムを制度化してしまうことには実際上、多くの者がリスクを感じていることも事実であろう。

こうした事情を考えると、この薬剤給付の財源をどうするかといった問題は、財政黒字の用途の問題ともからんで、今後、大きな政治的な争点となる。

また、財源問題とも関連するが、薬剤給付の受給対象範囲についても対立がある。大統領案では、受給対象者の範囲をメディケア加入者全体としているが、現在、既に、自ら Medigap と呼ばれる補足的医療保険を購入したり、メディケア HMO 等のマネジドケア・プランを通して給付を受けたり、あるいは退職前の企業から給付を受けることによって約 2,400 万人の高齢者が薬剤をカバーされている。こうした現状を無視して、新たに公

的な給付をすべての高齢者までに拡大することは、効率的ではないという批判である。

ブロー案は、あくまでも現在既にメディケイドで給付を受けている低所得者のみを対象とするとしているが、共和党サイドでは、仮に、百歩譲って、それ以上に対象者を拡大するとしても、あくまでも現行制度下では給付が受けられない者だけに対象を絞って対策を検討すべきだとの意見が強い。

一方、すべての高齢者を対象とするという大統領案は、選挙対策だとのうがった見方もあるものの、制度改革を本当に実現する上では重要なポイントだと考える向きもある。つまり、メディケアのような国民一人一人の生活に直結する制度改革の場合には、多くの国民の賛同が必要であり、その点からも給付対象となる範囲をできるだけ幅広く設定する必要があるというものである。ただ、この場合、既存の Medigap や退職者給付などを上手に新制度に組み入れ、新たな負担増を極力減らしていく知恵が求められるであろう。

さらに、製薬業界の中にも大きな懸念がある。今回の大統領案の中では明確にされていないが、薬剤給付制度の創設に当たって、政府による薬価の設定等政府の介入を招くのではないかという懸念である。PhRMA のホルマー理事長は次のように語っている。「我々は、高齢者のために薬剤給付を拡大することの必要性については同意している。ただ、それは正しい方法で (in the right way) で行われなくてはならない。」

(2) 従来型プランの取扱いに関する批判 徹底した競争が必要 (共和党側)。しかし一方でマネジドケアがどこまで高齢者医療に通用するかについての不安も

前述したように、今回の大統領提案も、ブロー案を踏まえ、「競争」を通じた費用抑制というアプローチを重視している。しかし、ブロー上院議員が大統領案を「真の競争には程遠い (the second cousin to real competition)」と評したように、両案では、「競争」の在り方とりわけ、現在、HCFA が運営している従来型プランの扱いが異なっている。

今後、HCFA が運営する従来型プランの取扱いが議論の焦点となるものと思われるが、この問題を考える上では、最近、社会問題にもなっているマネジドケアのメディケアからの撤退問題をどう捉えるかが影響してこよう。

最近のメディケア・チョイス・プログラムの施行をめぐる混乱については、The America Report Vol.4 No.49「メディケアとマネジドケア」でレポートしたが、そこで紹介したように、採算が採れないからといって、保険業務から自由に撤退されてしまったのでは、少なくとも公的制度としては立ちゆかない。他に同水準のサービスを提供してくれる事業者が複数存在すれば問題はないが、マネジドケアプランの場合には、保険プランを乗り換えること = 主治医を替えることを意味することが多いから、医療を受ける機会の多い高齢者にとっては、そうそう簡単に乗り換えられるわけでもない。実際、こうした混

乱が続く中で、高齢者自身もマネジドケアプランを選択することに慎重になっているといわれ、加入者数の増加のスピードは、均衡予算法時の目論見とは異なって、急速に低下しつつあるといわれている。

こうした中では、本当に、従来型のプランを事実上放棄し、高齢者医療を全面的にマネジドケアを中心としたシステムへと切り替えられるのかという疑問が生じてくる。民主党サイドのブロー案への懸念はそのあたりにある。その意味で大統領案は、こうした不安に対してある程度の「安心」を与えようとするものと言える。

しかし、従来型のプランを残すとはいえ、大統領案とも言えども、今後の費用節減の多くは、こうしたマネジドケア型のシステムへの移行から捻出するとしている。今回のメディケア改革が、「構造改革」を目指していると言われるものまさにその点にある。その意味からすると、マネジドケアがどこまで高齢者医療の分野において機能するのか、それが問われているのである。

<http://www.jmari.med.or.jp>

メディケア改革に関するクリントン大統領提案

1 薬剤給付の創設

- ・ 給付率は5割。任意加入とし、制度スタート時(2002年)の保険料は月24ドルとし、以降段階的に引き上げ、2008年には月44ドル。
- ・ 給付対象上限額は、2002年では2000ドル(給付額でみると1000ドル)、以降段階的に引き上げ、2008年には5000ドル(給付額では2500ドル)。
- ・ 貧困基準135%未満の世帯については、保険料及び一部負担金は免除、135%以上150%以下の世帯については保険料を補助。
- ・ 退職者の医療保険を提供する雇用主が本プログラムと同等もしくはそれ以上の薬剤給付を行う場合は、補助金を交付。
- ・ 給付費用は、今後10年間で2280億ドルと推計。うち、1100億ドルを加入者の保険料、1180億ドルを国費で充当。

2 メディケア・マネジドケアプランへの価格競争の導入

- ・ 低コストのマネジドケアプランを選択した場合、メディケア受給者に対し、平均コストを下回る額の4分の3(1ドルにつき、75セント)を還元する。
- ・ 節減費用は、今後10年間で80億ドルと推計。

3 HCFAが運営する従来型プランにおけるディスカウント契約の導入

- ・ HCFAが運営する従来型プランにおける報酬支払ルールを弾力化し、RBRVSやDRGとは別に、医師グループや病院チェーンなどと交渉し、報酬額や医療機器の購入などにつき、ディスカウント契約を求めることを可能とする
- ・ 節減費用は、今後10年間で250億ドルと推計。

4 健康診断における一部自己負担等の撤廃

- ・ 前立腺がん検診、結腸がん検診、骨密度測定、子宮がん検診、乳がん検診の一部自己負担を撤廃
- ・ 50歳以上の中高年を対象とする健康教育プログラムの実施。3年間の禁煙プログラムの実施。
- ・ 新たに必要となる事業費は、今後10年間で30億ドルと推計。

5 検査費用(laboratory test)に関する患者一部負担の導入、免責額に消費者物価スライドの導入

- ・ 検査費用に患者一部負担(定率20%)を導入。
- ・ パートBの免責額(年間100ドル)について、インフレ調整を行うこととし、消費者物価指数に応じて毎年引き上げ。
- ・ 節減費用は、今後10年間で110億ドル

6 医師・医療機関等への報酬削減を2003年以降も継続

- ・ 1997年の均衡予算法で定められた医療提供者に対する報酬水準の引き下げ措置を、同法失効後の2003年以降も継続。
- ・ 節減費用は、今後10年間で315億ドル

7 65歳未満の者を対象とした任意加入制度の創設

- ・ 62歳以上の者を対象とした任意加入制度を創設(62歳~65歳までは月額約300ドル程度の保険料を負担、それ以降は月10~20ドル程度の追加的保険料を負担)。
- ・ 55歳以上の失業者を対象に、月400ドル程度の保険料で任意加入を認める。