

クリントン大統領のメディケア改革計画案演説

江口 成美

キーワード

- ◆ メディケア・パート D(処方薬給付)
- ◆ 質向上プログラム
- ◆ 均衡予算法

ポイント

- ◆ 従来の「医療サービス給付」に加え、新たに「処方薬給付」のメディケア改革案を提案
- ◆ その為の財源 1,180 億ドルは、質向上プログラムの導入等の効率化策により削減されるコスト等を充てる

1. はじめに

米国クリントン大統領は 6 月 29 日にメディケア改革を提案する演説を行った。これはメディケアに関わる長年の課題の解決を図ろうとするものである。新たに処方薬の給付を行うことと、メディケアの財源であるメディケア信託基金¹を最低 2027 年まで確保することが提案された。処方薬給付は新たにメディケア・パート D²と名づけ、2002 年から開始する。改革開始後 10 年間に必要な財源 3,740 億ドルは、社会保障以外の財政黒字から捻出する。また、処方薬給付に伴う 1,180 億ドルのコストの埋め合わせを目的に、いくつかのメディケア効率化ならびに価格競争促進案を提案している。具体的には医療サービスの質の向上、医療者の選択、そしてメディケア・マネジドケア・プランの入札などである。現在のところ上記の提案に関して法案化の予定は公表されていないが、以下に内容をまとめて章別に紹介する。

2. メディケアの競争強化と効率化

- (1) 従来型(出来高払い方式)のメディケアにおいて、民間で行われている医療者の選択³や質向上プログラム⁴を導入する。(今後 10 年間の節減額：250 億ドル)

民間のマネジドケア機関である PPO と類似した Medicare PPO(仮称)を設立し、質やコストの面で基準を満たす医療者とのみ契約する。民間 PPO と同様、患者が Medicare PPO のネットワーク内の医療者を選択した場合には、患者負担を低くする。

高度医療において高品質な医療サービスを提供する医療施設を「卓越機関」

¹ 信託資金：メディケア入院保険信託基金(パート A 部分)は、従業員や自営業者からの所得税を主要な財源とする。65 歳以上の高齢者の増加に伴い支出が増加し、2016 年以降に破綻すると予測されている。

² メディケア・パート D：パート A は入院、スキルド・ナーシングホーム、在宅医療、ホスピスでの医療サービスを対象とする保険。パート B は補足的医療保険で医師のサービス、外来サービス、パート A で給付されないその他のサービスを対象とする任意保険。パート C は Medicare+Choice プログラムを指し、マネジドケアなどのヘルスプランから受給者が医療サービスを受ける、新しいメディケア保険形態。メディケアパート D は今回の提案で新たに定義された処方薬を対象とした保険。

³ 医療者の選択：マネジドケアの PPO(Preferred Provider Organization)は、高い質の医療サービスをしかも費用効率よく行う医療者を選択して契約する。

⁴ 質向上プログラム：マネジドケアの HMO(Health Maintenance Organization)などでは、特定の疾病を持つ集団を対象に一貫したサービスを行うための「疾病管理」が普及している。また、特定の患者が多種の施設を効率的に使用することを図る「ケースマネジメント」も行われている。これらについては後述する。

("Centers of Excellence⁵")と名づけ、患者への宣伝を行う。それらの医療施設への支払いは、施設料と医師への診断・診療費を含む定額払いで行い、医療費の節減を図る。この取組みはすでに心臓バイパス手術などにおいて試行されている。

プライマリーケアにおけるケース・マネジメント⁶を促進する。具体的には高品質の医療サービスを行うプライマリーケア医と PCCM(Primary Care Case Management)契約を交わし、メディケアはケース・マネジメント料を支払う。疾病管理⁷を導入する。疾病管理専門機関と契約し、特定の疾病に関して、医療サービスを統合的に行うことを図る。疾病管理の効果が高いとみなされている心不全、高血圧、糖尿病などの分野について行う。

メディケアとメディケイドの二重被保険者への医療サービスの効率化と重複サービスの削減を行う。

価格競争を促進する。具体的にはメディケア・パート B の支払いの中で、医師への支払いを除いた部分(例えば検査、外来手術など)について、入札と価格交渉を行う。すなわち、医療機関が価格を提示し、メディケアはその中から選択する。ただし、メディケアが規定する質の水準に達している医療機関のみ入札に参加できる。

「価格割引をメディケアに提供し、かつ質の高い医療を効率的に提供する医療者」について、保険請求処理の簡素化や支払い周期の短期化を提供する。

メディケアは患者の「施設」別に、病院と医師への支払いをひとまとめにして支払いを行う。すなわち、従来の支払い方式では、病院への DRG とは別に麻酔医、外科医、担当医などの医師へ別途支払いを行うが、これらをひとまとめに

⁵ Centers of Excellence : Centers of Excellence は 91 年から 98 年にかけて HCFA(医療財政庁)が行った質向上・医療費抑制のプログラムである。高品質の病院を選択して、そこでの心臓バイパス手術などについて医師への報酬も含んだ定額払いを行う。プログラムの成果として HCFA は対象機関での心臓バイパス手術医療費が全体で 12%減少したと公表しており、全米での展開も議論されている。参画した病院はアトランタ市のセント・ジョセフ病院、ポートランド市のセント・ビンセント病院などである。なお同プロジェクトの概要は HCFA のホームページ <http://www.hcfa.gov> の Research & Demonstration の項を参照。

⁶ ケース・マネジメント : 米国ケース・マネジメント協会の定義は「個々の患者のニーズに対応して、医療計画、サービスの実施、調整、監視、選択肢とサービスの評価、を行うプロセスで、質の向上と効率的医療サービスを意図する」となっている。具体的には個々の患者に対する医療提供は病院、福祉施設、在宅ケアなど異なる施設にわたるため、それらを効率よく利用することを目指す。医療者、看護婦、ソーシャル・ワーカーなどの協力が必要である。

⁷ 疾病管理 : 疾病管理は医療の質向上と効率化を目的とした全体的管理で、特定の患者集団を対象に予防、検査、治療、リハビリ、教育などの医療サービスを一貫して提供する手法である。TQC 的に目標値と成果の乖離を減らしていく。従来の医療との違いは、「治療」中心から「一連のケア提供」への重点の移行である。対象患者は高医療費でかつ予防効果がある糖尿病などの慢性疾患が多い。マネジドケア機関、特に HMO では会員がかかりつけ医を通じて特定されるため、患者集団別の疾病管理を行いやすい環境にある。

することにより病院と医療者のチームワークを向上させ、コスト削減を図る。

- (2) メディケア・マネジドケア・プランのための競争的限定給付(Competitive Defined Benefit: CDB)を実施し、競争原理をメディケア・マネジドケアへ拡大する。(今後 10 年間の節減額：80 億ドル)

マネジドケア・プランに加入するメディケア受給者の保険料は、自らが選択したプランで決まるようにする。現在、マネジドケアに加入するメディケア受給者は、プランのコスト価格とは無関係に定額のパート B 保険料を支払っている。一方、メディケア・マネジドケア・プランの中には、一部の老人にのみ必要なサービスまで含んだ過剰な給付を行っているところもある。提案では、低価格のマネジドケア・プランを選択した受給者はパート B より低い保険料を支払い、出来高払いの平均メディケア価格とほぼ同価格のプランを選択した受給者はパート B と同じ保険料を支払う。さらに平均価格より高額のプランを選択した受給者は追加価格を自己負担する。負担低減を望む受給者は、必要最低限の給付を提供するプランを選択する動機付けが高くなる。

メディケア・マネジドケア・プランの価格に基づいた診療報酬を支払うようにする。現在は法令で定められた計算式に基づいた一律払いである。提案は支払い額を以下のように決定する。まず、メディケアが処方薬も含む一律な給付一式を決定する。マネジドケア・プランは給付一式について入札を行う。マネジドケア・プランが独自に給付を追加することは自由であるが、メディケアの支払い対象とはならない。次に、マネジドケア・プランが提示した価格について、出来高払い式メディケアの平均価格と比較する。プラン価格が平均価格の 80% 以下の場合にはメディケアが 100%を支払う。80%から 96%の場合にはメディケアの支払い率は低下、さらに 96%以上の場合は支払いに上限額が設定される。

受給者のリスク調整⁸と地理的調整を行う。リスク選択ではなく価格競争を推進するには、リスク調整が重要である。すでに均衡予算法(BBA:Balanced Budget Act)⁹で HCFA がリスク調整を 2004 年までに実施することを規定している。

- (3) 1997 年の均衡予算法(BBA: Balanced Budget Act)の満了後も、メディケア医療費

⁸ リスク調整：メディケア受給者の半分以上はその年間医療費が 500 ドル以下であるが、5%の受給者が 25,000 ドル以上を費やしている。そのためマネジドケア・プランには、健康なメディケア受給者だけを入会させる動機付けが高い。こうした偏りを減らすためには、個々の受給者の健康度(重症度)、すなわちリスク、に応じた支払いをメディケアが行うことが必要である。

⁹ 均衡予算法：97 年に法制化された同法はメディケア、メディケイドの両プログラムに関して大きな変更を加えたものである。メディケアに関しては、信託基金の支払い能力の強化、メディケアの支出の抑制、高齢者医療の選択肢の増加、メディケア請求における不正の削減などを目指す。

抑制を行う。均衡予算法はメディケアの支払い制度を変更し、2002 年までの医療費抑制を狙ったものである。提案では BBA 法の満了後の 2003 年から 2009 年までについて、支払い計画を述べている。(今後 10 年間の節減額：390 億ドル)

都市部の病院と非都市部の病院への償還価格をそれぞれ調整する。都市部の病院での利益率が近年上昇していることに対応している。

病院資本関連費用(土地、建物購入費)のための PPS(予見定額支払い)について均衡法の適用を延長する。DRG-PPS 対象外の医療施設(精神病院など)への支払について均衡法の適用を延長する。

救急者、ホスピス、外来手術サービスなどについて償還価格を調整する。

(4) 均衡予算法を緩和する(今後 10 年間のコスト：75 億ドル)

均衡予算法の施行により生じた医療サービスへのアクセスや質の低下について、問題点を解決する。問題解決には 75 億ドルを投じる。

転院の際の支払い手法の変更、外来における PPS の導入促進、在宅ケア機関への支払い手法の変更を行う。

低所得者病院の収入を確保するため、受給者がマネジドケア・プランの会員の場合もメディケアが低所得者病院への支払いを直接行う(現在はマネジドケアプランが支払いを行っている)。

3. メディケア給付の近代化

(1) 受給者が自発的に加入するメディケア・パート D を新規に設置し、処方薬の給付を行う。(今後 10 年間のコストは 1,180 億ドル)

控除額は無く、メディケアが処方薬の価格の半分を負担する。

給付額の上限は 2002 年と 2003 年が年間 2,000 ドルでその後増加し、2008 年は 5,000 ドルまで。

パート D の 2002 年の月額保険料は 24 ドルで全面施行後の 2008 年には 44 ドル。貧困者(一人暮らしで年間 11,000 ドル以下の収入)は保険料や患者負担分を支払わない。

パート D 給付の管理はメディケア指定の民間 PBM(Pharmacy Benefit Managers)などの機関が行う。これらの機関は地域毎にメディケアが入札方式で決め、処方薬のコスト削減と質管理を徹底させる。

(2) 予防に関する給付の患者負担を全面的になくし、健康増進のための教育キャンペーンを促進する。(10 年間で 30 億ドルのコスト)

予防サービスの患者負担と控除を無くす。これらは大腸癌検診、前立腺癌検診、

マンモグラフィー、糖尿病検診など。
喫煙のデモンストレーション・プロジェクトを実施する。
50歳以上を対象とした健康増進教育キャンペーンを実施する。

- (3) コスト・シェアリングの促進(10年間で110億ドルの節減)
臨床検査サービスの患者負担を20%にして、過剰検査を抑制する。
パートBの控除額をインフレに対応させる。

4. 21世紀におけるメディケア財源の強化

- (1) メディケア信託基金を少なくとも2027年まで確保する。
(2) 処方薬給付に伴うコストは、メディケアの効率化による節減と予算黒字分で補う。

5. まとめ

以上の提案について政界・業界の反応を簡単に述べる。まず、処方薬給付については支払い上限額の設置を恐れる薬剤協会を除けば、異論が少ないとみられる。しかし、その代価として行う医療供給側への支払い削減は、病院協会からの反対を含め今後の議論の対象となろう。また、クリントンの給付に関わる費用見積もりが低すぎるという議論もある。次に、現在メディケア受給者の3分の2は、MediGapやマネジドケアなどを通じて処方薬の給付を受けている。処方薬の給付を受けていないのは低所得者が多く、その層だけを対象に給付を行うべきだという意見もある。最後に、米国保険医療協会(AAHP: American Association of Health Plan)は、メディケア・マネジドケアにおける価格競争の強化は連邦政府の民間保険への介入であること、またメディケア全支出の83%を占める出来高払いのメディケアには入札方式を導入していない点をあげ、反対の声明を出している。

【参考資料】

White House ホームページ (www.whitehouse.gov)
モダンヘルスケア誌 (July 5, 1999)
Dow Jones Interactive (June 29, 1999)