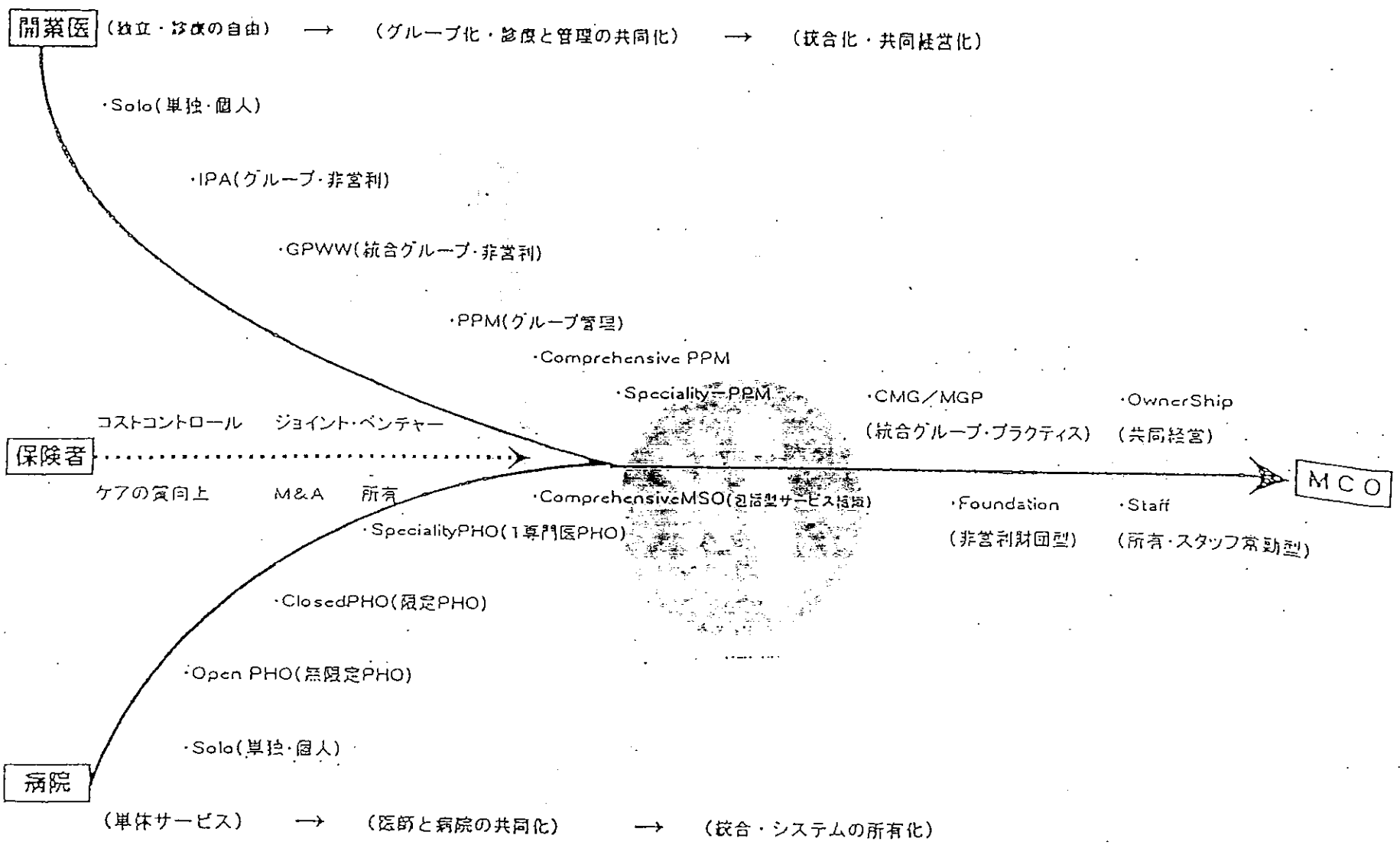


(図3)



11

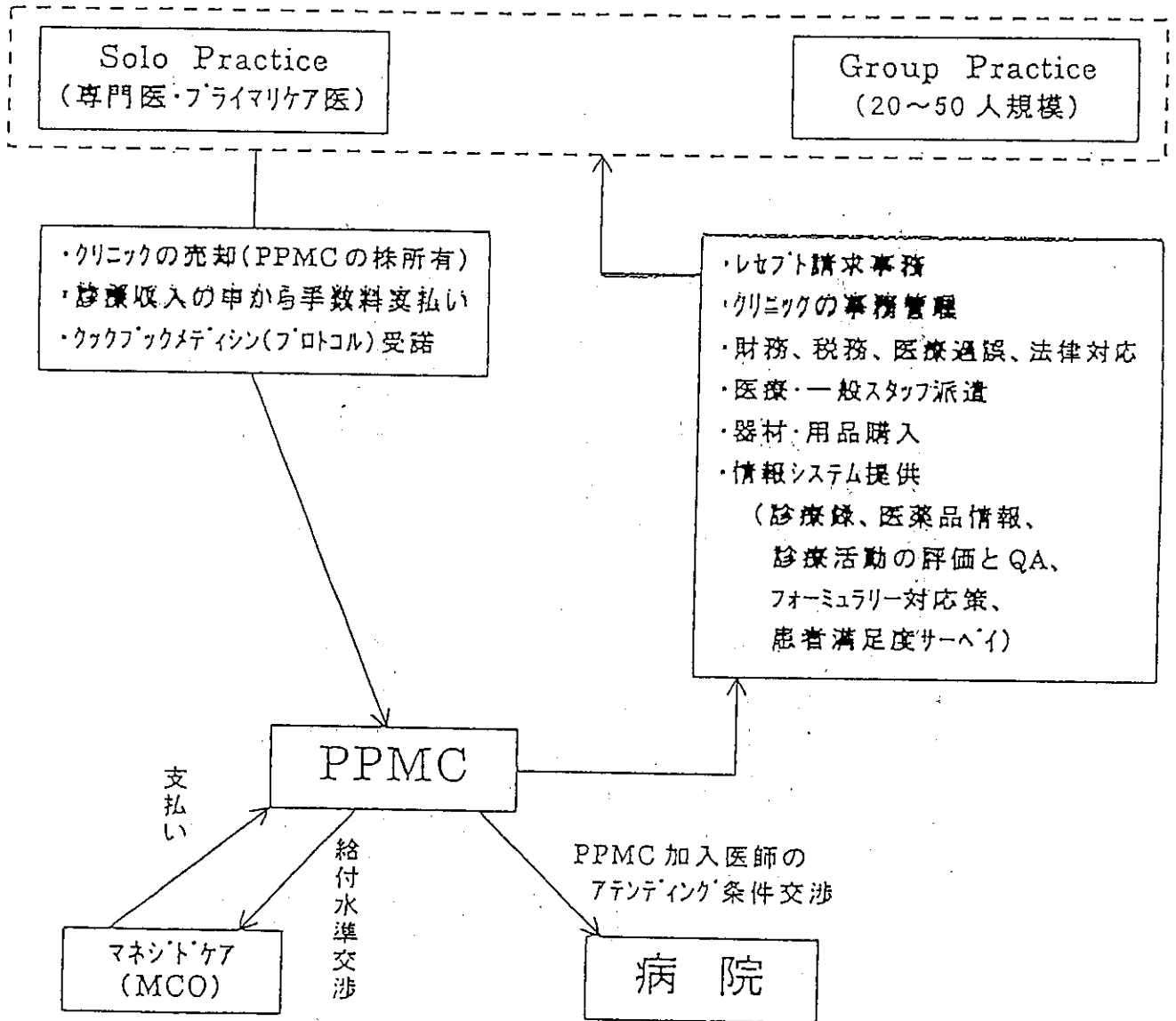
(図表1)

マネジドケアの組織化へ向かう医師・病院

	開設者			参加者			診療報酬 (被添)	OA プログラム (被添)	診療活動		費用給付方法			リスク・プール ディスカウント	診療所資産 の売却	営利・ 非営利	その他
	医師のみ	医師・ HPL共同	第三者	専門医 (SCP)	プライマリ ケア医 (PCP)	ミックス SCP・ PCP & HPL			個人	組織・ 共同診療	FFS	Per Diem	定額予算 前法				
IPA	○	△	△	◎	△	△	△	△	◎	△	○	△	○	○	△	非	医師の自由度高い
GPWI	◎	△	△	◎	△	△	△	△	◎	△	○	△	○	△	非	共同診療	
PPM	△	△	◎	○	○	△	○	○	○	△	○	△	○	◎	営	第三者の管理組織	
CMG・MPG	◎	△	△	○	○	△	◎	◎	△	△	◎	△	◎	◎	非・営	グループ・プラクティス	
Phy.O	△	△	◎	○	○	△	△	△	○	◎	◎	◎	◎	◎	営	医師とMCOのJ.V	

PHO	Open	△	△	OHPL	△	○	◎	◎	△	○	△	○	○	△	非	病院による医師グループの組織化
	Closed	△	△	OHPL	△	○	◎	◎	○	○	△	○	○	△	非	
	Specialty	△	△	OHPL	△	○	◎	◎	○	○	△	○	○	△	非	
MSO	△	○	○	△	△	○	◎	◎	△	○	△	◎	◎	◎	営	包摂されたPHO
Foundation	△	○	○	○	○	△	△	△	○	○	○	○	○	◎	営	HMO/PPOとしての存在
Staff	△	○	○	△	△	○	○	○	△	○	給手		○	◎	営	HCO

PPMC (Physician Practice Management Company)

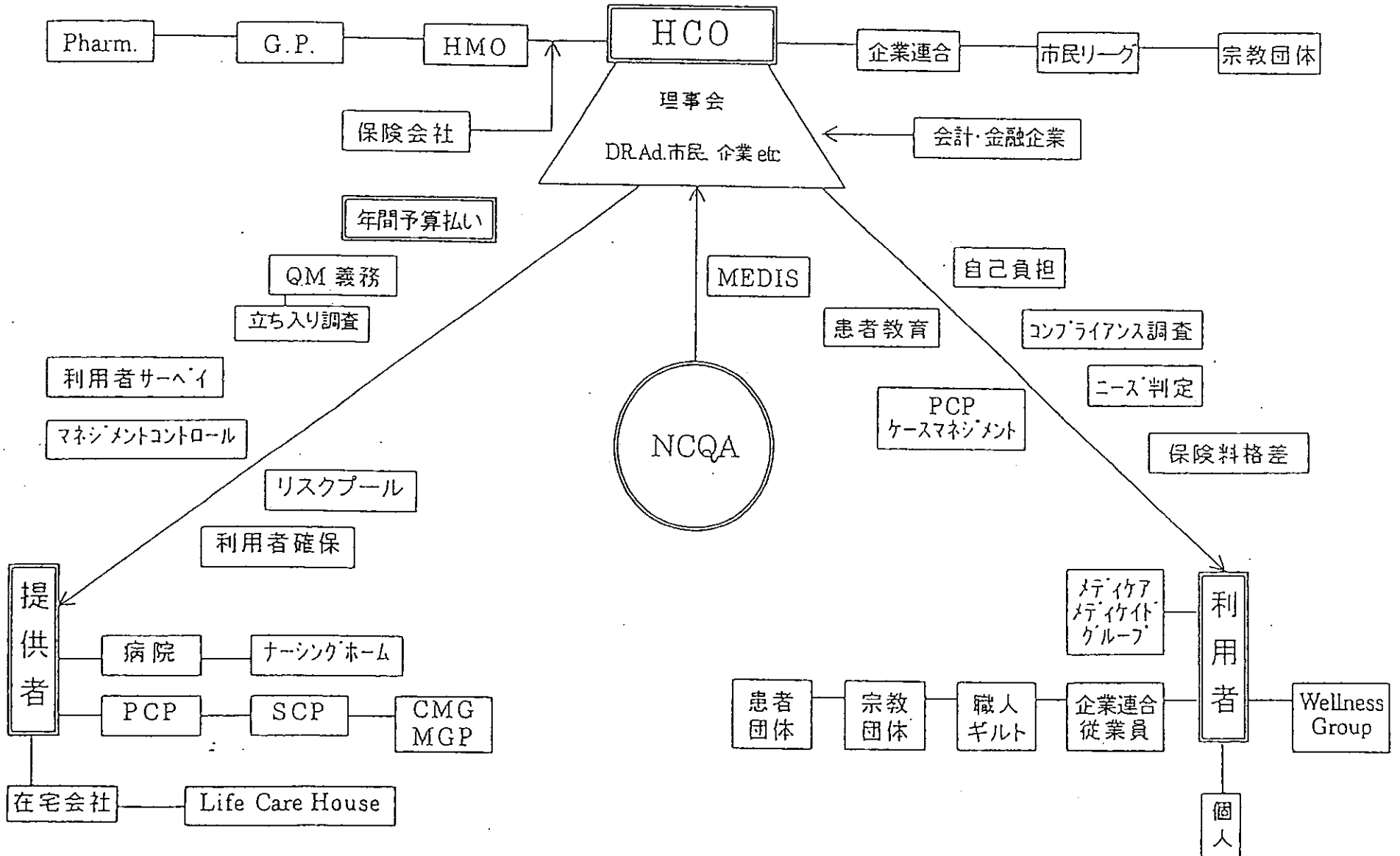


(問題点)

- ① 診療プロトコルの質
- ② 契約期間(15年以上)
- ③ 医師の収入は PPMC の経営状況に左右される
- ④ PPMC の JCAHO が必要

(図表2)

HCO (Health Care Organization)



② 支払方法

- ・ PMPM-PCP
- ・ PMPM-SCP
- ・ Cap-Tainer-Hospital
- ・ メディケア AAPCC

(マネジドケアにおける「第三世代」支払方法)

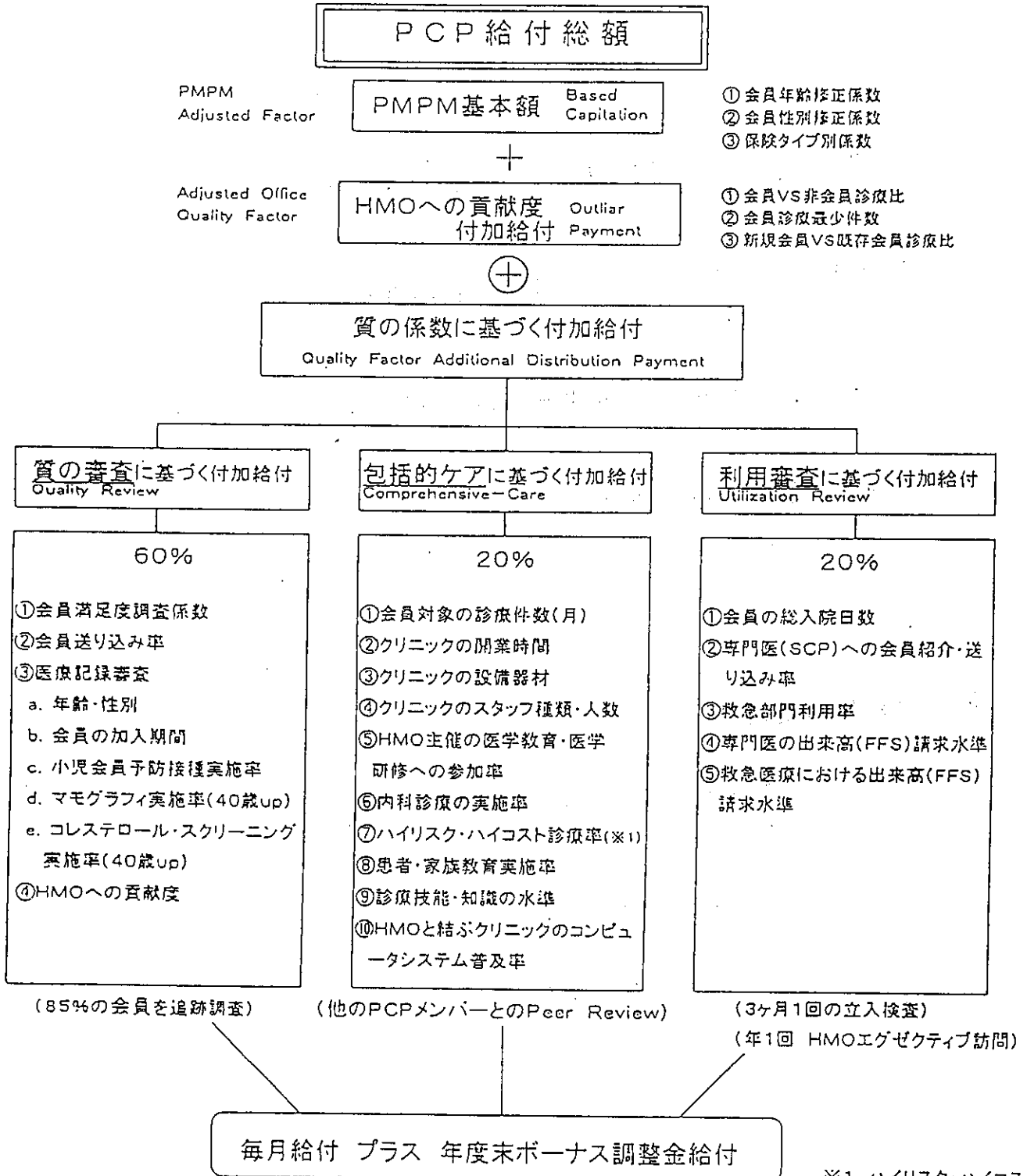
① 特性：

- a) ケアの質に対する貢献度によって給付を設定
- b) 利用者の満足度を重視した給付（利用者参加志向）
- c) グループ・病院間での質競争と共同責任
- d) 明確な質評価尺度を設定

② 付加給付の意味

- a) 給付額の柔軟性（基本額のみによる質低下の防止）
- b) 提供者相互の共同体意識づくり
- c) 利用者（加入者とPCP）のシステム参加促進

(1)プライマリ・ケア医に対する新しい支払い方法 (PCP:Primary Care Physician)

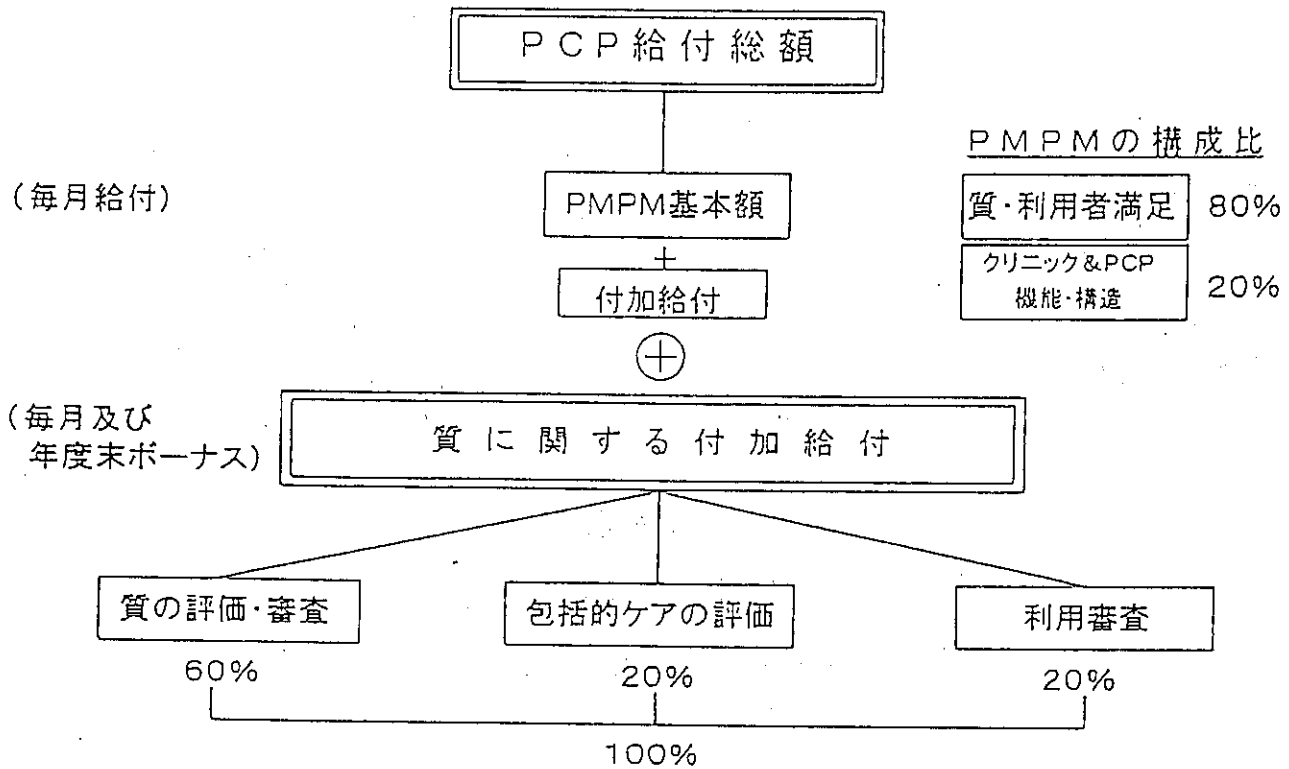


- ① 会員年齢修正係数
- ② 会員性別修正係数
- ③ 保険タイプ別係数
- ① 会員VS非会員診療比
- ② 会員診療最少件数
- ③ 新規会員VS既存会員診療比

※1. ハイリスク・ハイコストとは

- ① 入院費 成人 2万ドル up
小児 1万ドル up
- ② SCP診療 5000ドル up

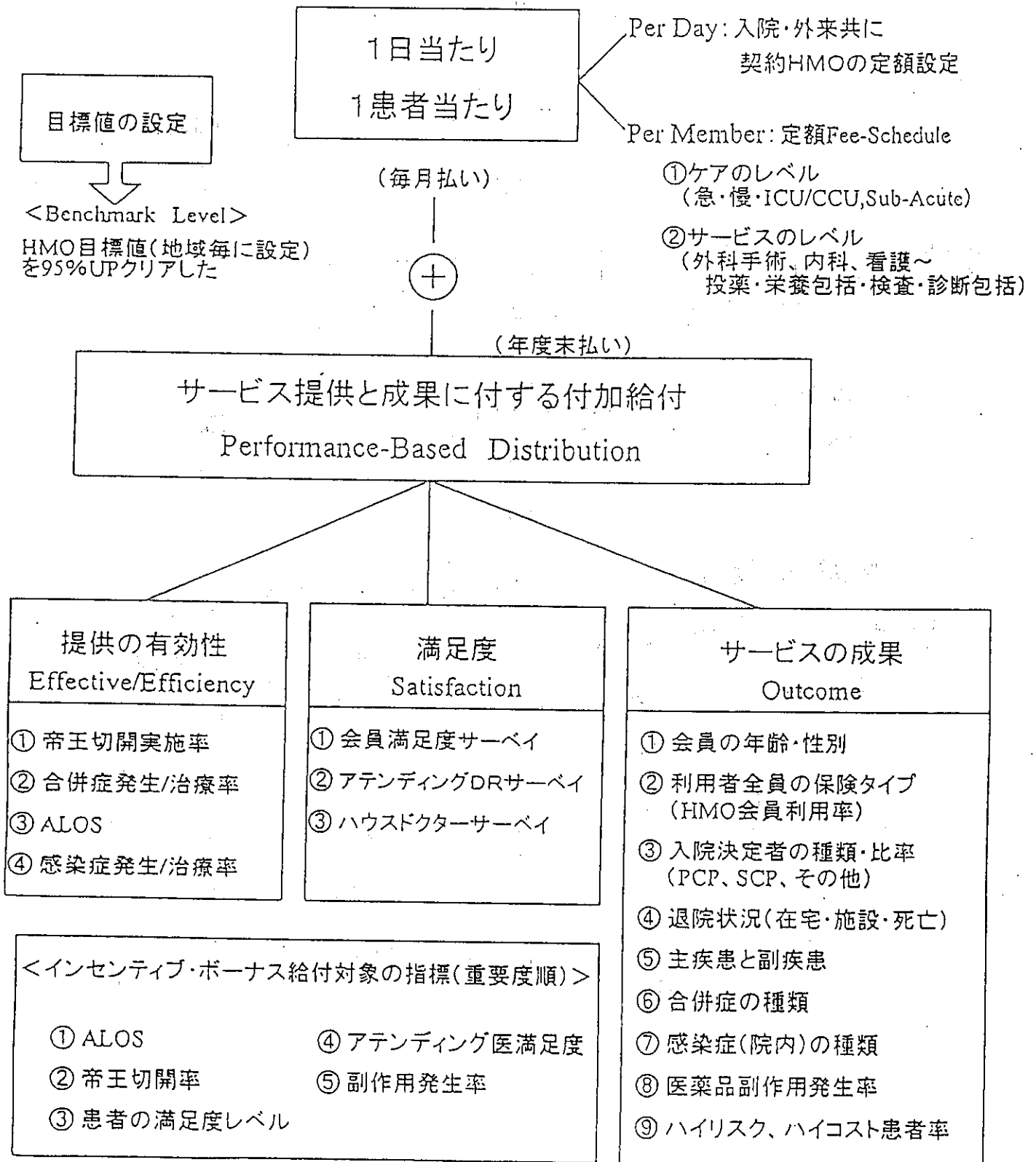
(PCP給付における給付の時期と評価ルール)



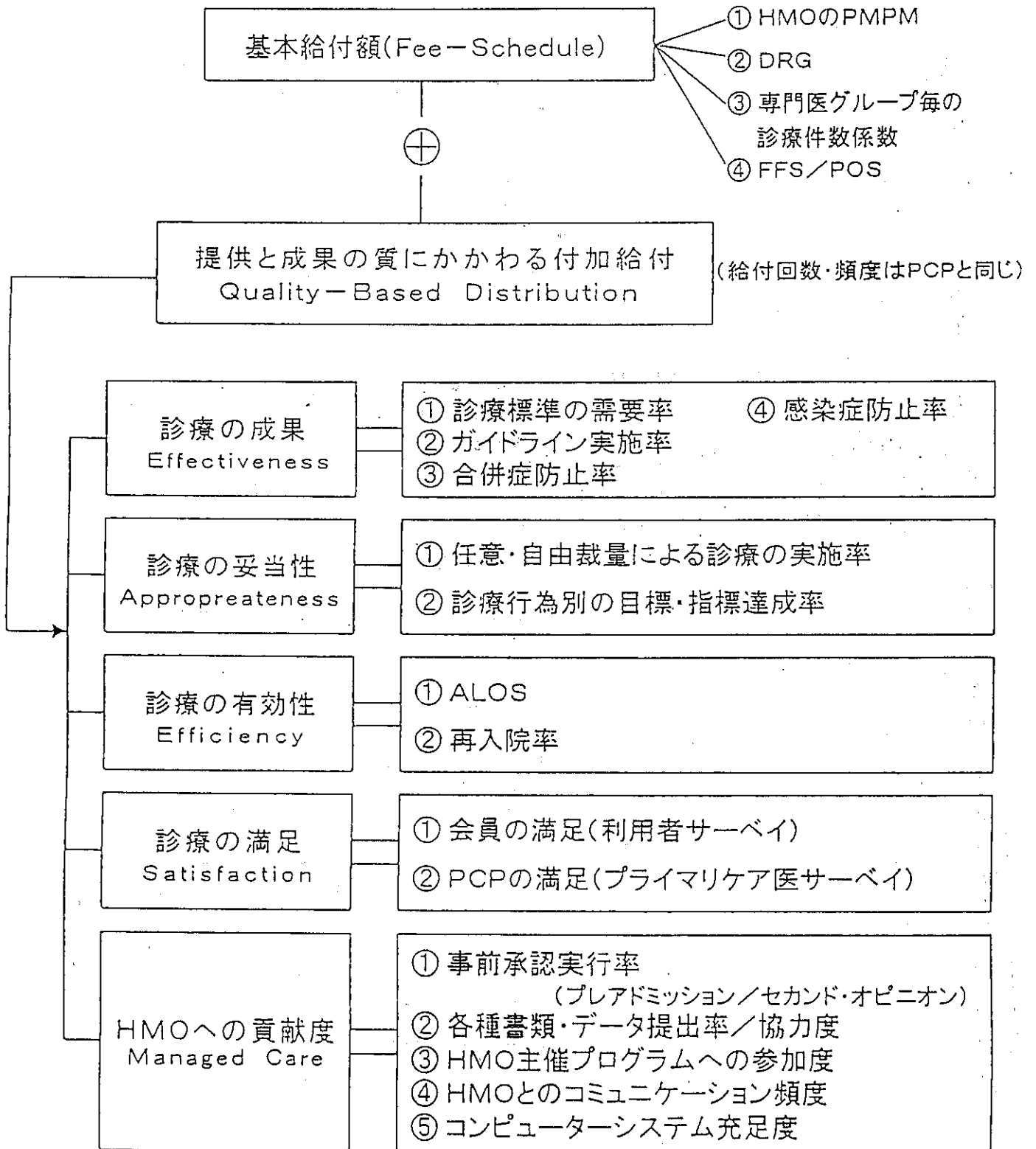
付加給付設定のための評価スコアと給付率

質評価ランク	PMPM基本額給付率	給付回数	ボーナス給付率
① 100 (点)	100 (%)	12回 (毎月)	100 (%)
② 90	90	12 (毎月)	100
③ 80	80	6 (2ヶ月前)	80
④ 70	70	2 (6ヶ月前)	70
⑤ 60	60	2 (6ヶ月前)	70
⑥ 60以下	交渉	交渉	交渉

(2) HMO病院への支払方法(Cap-Tainer)



(3) 専門医の支払方法(SCP: Special Care Physician)



米国の保障システムと支払い方式 表1-①

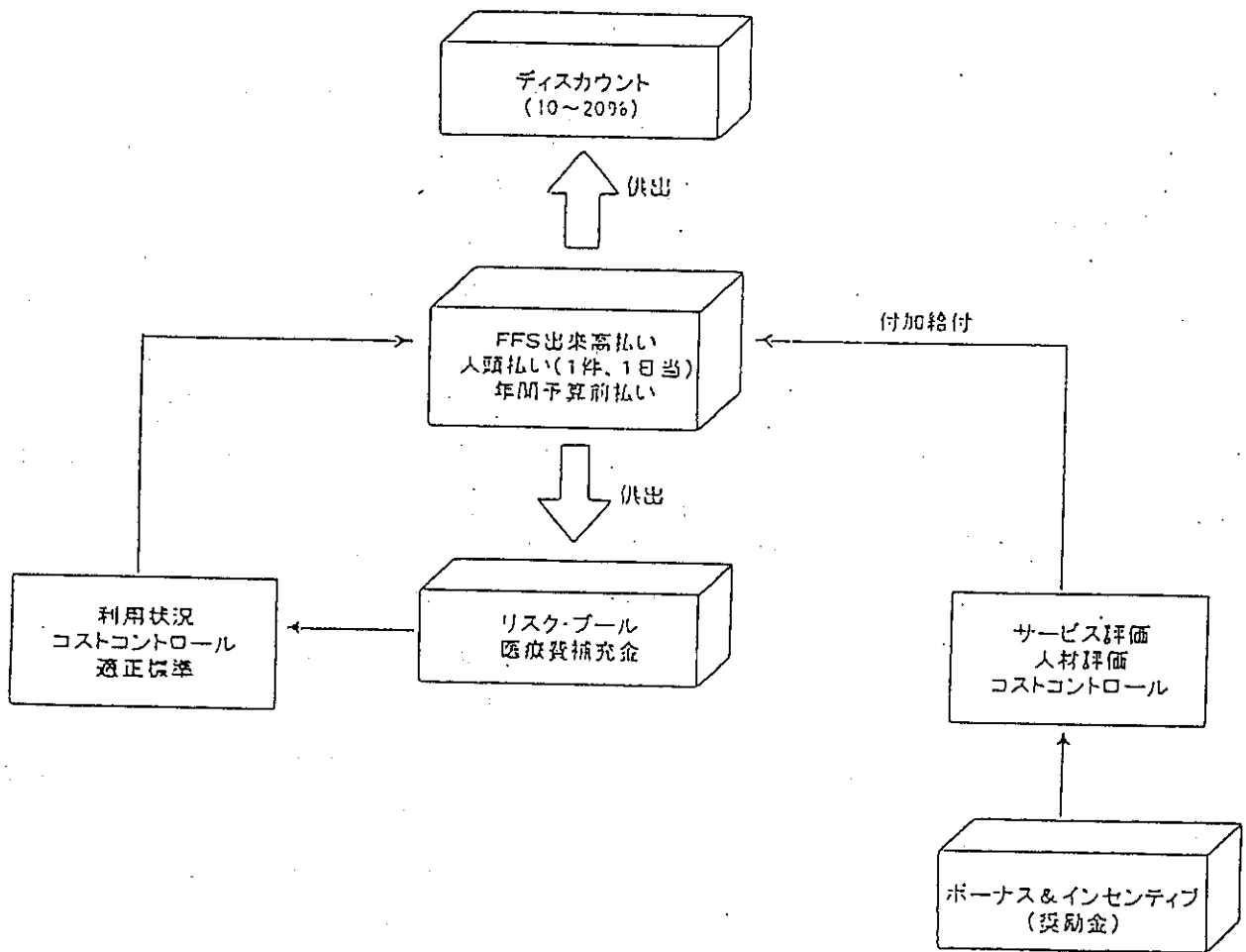
Plan	加入者	保障分野	支払い方法	基金源		
①メディケア (a)リスクプラン(HMO) (b)Supplemental(付帯)	高齢者・障害者	病院・医師、NH、ホームヘルスケア、ホスピス	入院: DRG、医師: RVS、ナーシングホーム: RUG、その他: FFS	社会保障税 加入保険料		
			キャピテーション(AAPCC)			
		自己負担額返還	定額給付	付加保険料		
②メディケード (a)HMO (b)Prepaid Health Plan (c)PCCM (Primary Care Case Management)	貧困者、障害者、母子家庭 etc.	病院、医師、ナーシングホーム、ホームヘルス、ホスピス	メディケアと同じ	国税及び 州員担金		
	小児、貧困者 (老人、障害者●)		キャピテーション(1人当り、1件当り)			
			定額と出稿混合 出来高: 但し、ケートキーパー、ケースマネジメントによるコストコントロール			
③OAA (Older American Act)	在宅高齢者	地域内兼合給食 ホームヘルパー助成金 宅配給食	提供者への公的助成金 交付	国税		
④SSI (Supplemental Security Income)	連邦貧困レベル 70%以下の者	自由	対象資格者への現金給付 (月額)	国税、州税		
⑤SSBG (Social Service Block Grant)	貧困者のみ	在宅サービス(メディケア、 メディケード保障外のもの) ハウスキーパー、ケア、 ホームメーカー、フォスターケア	提供者への定額給付	国税、州税		
⑥Indemnity	0才以上誰でも 加入可能	病院、医師	FFS	加入者保険料		
⑦HMD (a)スタッフ (b)グループ (c)ネットワーク (d)IPA		病院、医師、ナーシングホーム、在宅サービス、ケースマネジメント	医師: 給料 その他: キャピテーション	出稿またはキャピテーション 医師へのリスクプール金別 IPA: キャピテーション それ以外: FFS	加入者の 保険料 提供者の リスクプール金 IPA提供者 からの入 会金	
⑧PPO (a)PPO (b)EPO (Exclusive Provider org.)			HMOと同じ保障分野 加入者はPPO提供者 以外での利用も保障			出来高払いディスカウント
			HMOと同じ保障分野 但し、PPO提供者以 外での利用は不可			出来高払いディスカウント
⑨企業自家保険		特定企業従業員	基本は病院と医師	提供者と交渉、定額、ディ スカウント	企業主と従 業員	

(注記)

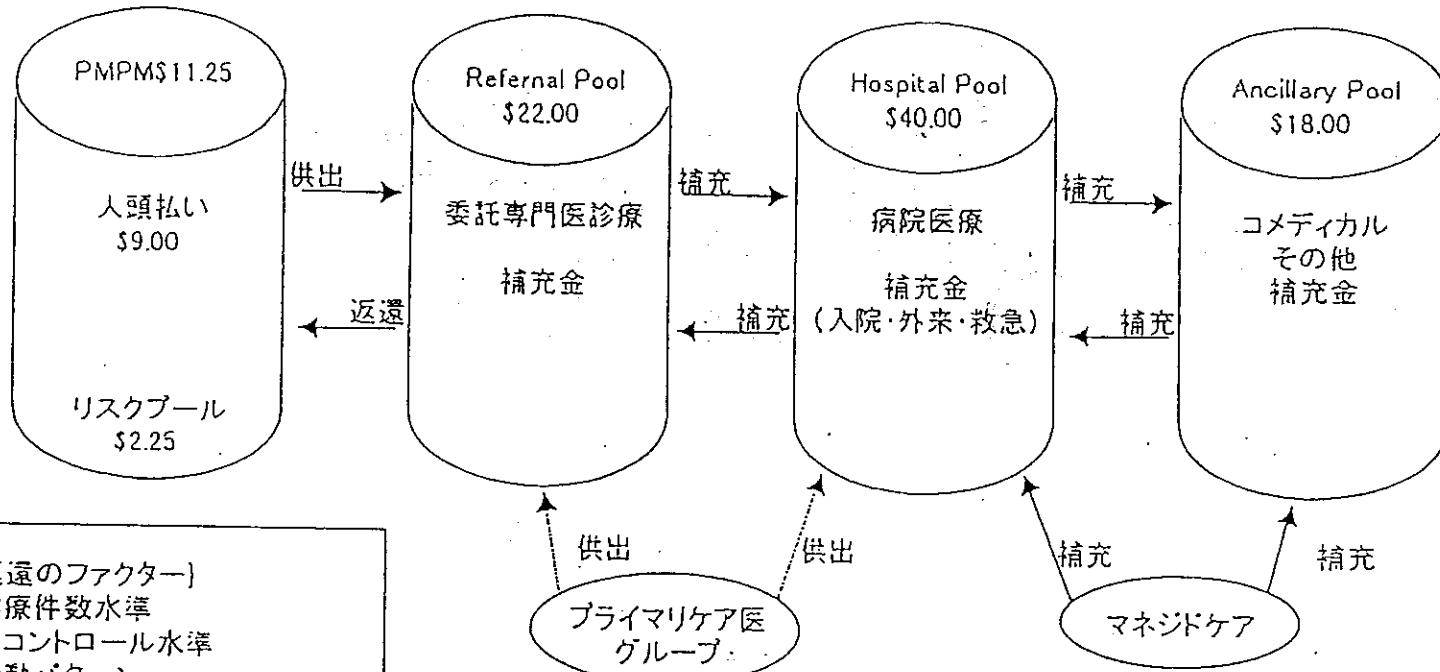
支払い方法の種類 表1-②

<p>① PPS-DRG (Prospective Payment System-Diagnosis Related Group)</p>	<p>臓器別疾患分類(470 分類)ごとに係数を設定し、固定費用と入院日数にもとづいて費用を給付する方法、地域変数、消費者物価指数、資本コストなどを加味した上で、前もって給付額を決定する。</p>
<p>② RVS (Relative Value Scale)</p>	<p>医師の診療活動それぞれにかかる費用相互の関連性を係数化すること。メディケアのRVSは医師の診療行為(診療、処置、処方、指導)、間接行為(事務作業、管理指導)及び医療過誤にかかる経費を係数化して給付する。</p>
<p>③ RUG (Resource Utilization Group)</p>	<p>長期医療におけるDRGのようなもので、ADLや慢性疾患の区分(分類)にもとづいて、費用を係数化、定額設定する。メディケア、メディケードのナーシングホーム給付方法として用いられている。</p>
<p>④ UCR (Usual, Costomary, Reasonable)</p>	<p>民間保険の出来高払い額を決定する方法 Usual: Dr. Aが請求する額 Customary: Dr. Aと同一地域内の同一専門医の90%が請求する同一診療行為の請求額 Reasonable: 上記いずれかのうちの低い額(これが給付額)</p>
<p>⑤ CPR (Costomary, Prevailing, Reasonable)</p>	<p>メディケア出来高払い額を決定する方法 Customary: Dr. Aの請求額 Prevailing: 同一地域で同一専門医の90%が請求している額 Reasonable: 上記いずれかのうち低い額の75%を償還額として決定する</p>
<p>⑥ AAPCC (Adjusted Averago Per Capita Cost)</p>	<p>メディケアHMOの定額給付額設定方法。 加入者の年齢、性別、地域別、入院と通院別、メディケード利用有無、従業員保障の有無などに応じて、メディケア出来高払い額の95%を定額として設定する</p>

マネジドケアの費用給付構造 (図2)



リスクプールの仕組み (図3)



- [返還のファクター]
- ① 年間診療件数水準
 - ② 医療費コントロール水準
 - ③ 診療活動パターン
(プライマリ・ゲートキーパー/ケースマネジメント)
 - ④ 患者の満足度

供出水準: 300人グループ→\$2000/年
800人グループ→\$4000/年

$$\$11.25 + 22 + 40 + 18 = \$91.25$$

(表1)

インセンティブ/ボーナス査定のための評価項目

Closed-Panel-Physician	Open-Panel-Physician
①生産性 (Productivity) a) 週、月間、年間当り、診療件数 b) 診療当り時間 c) PMPM コスト基準 d) 年間入院日数	①サービス活用状況 (Utilization) a) 入院日数、外来診療件数 (月、年当) b) PCP からの委託診療回数 (//) c) PMPM コスト水準 d) 検査・コメディカル活用状況 (救急部門利用回数)
②診療記録 (Medical chart) a) 作成時間、記録のミス、修正度 b) 伝達、指示メモ記載程度 c) 指示・処方時間の早さ、適正化	②生産性 / アクセス (Productivity / Access) a) 患者1人当り診療回数 (年1.5回水準) b) オフィス開業時間 (夜間、休日の有無) c) 専門医グループの規模 (250名水準)
③管理業務の能率性 (Dependancy) a) 時間厳守程度 (スケジュール通りの診療、約束時間への遅刻回数) b) 診療計画・ケアプランに適應した活動	③管理業務の適制度 (Compliance) a) 事前承諾 (フレアドミッション、セカンドオピニオンなど) への協力度 b) 承認事項 (フォーミュラー、ヘルプデスク etc.) c) 計画的業務への貢献度 d) コンピューターシステム活用度 e) 他の HMO/PPO におけるルールとの調整意識
④時間外診療義務 (After-Hour Call-Duty) a) 救急医療アテンディング回数 b) プライマリケア医へ転移後のフォロー c) 夜診、休日診療、緊急時の受診回数	④品質管理 (QM) a) QM プログラムへの協力度 b) 教育・研修参加と継続度 c) 患者とのコミュニケーション d) 患者の満足度
⑤医学知識 (Medical knowledge) a) 医学技術、テクノロジー知識度 b) 医学的判断力 c) 教育、研修の継続度	⑤患者コミュニケーション (Patient Relation) a) 患者からの担当医変更件数 b) 苦情・不満件数 c) 患者・家族教育実施・協力度 d) 医療ミス訴訟件数 (過去5年間)
⑥患者管理能力 (Management of Patient Care) a) インフォームドコンセント実施率 b) 自己負担削減努力 c) 退院計画、フォローアップ貢献度 d) 患者教育協力度	
⑦コメディカル活用度 (Management of Ancillary) a) 検査・診断センター利用回数 b) リハビリテーション、栄養部門へのコンサルテーション c) 薬剤師及び医薬品利用についての知識 d) フォーミュラー適性利用度 e) コメディカルへのコスト・コントロール貢献度	

(表2)

インセンティブ/ボーナス査定のための評価スコア

ポイント	ランク/クラス	内容/水準
5	Outstanding (最高)	標準レベルをはるかに超えて優秀。同僚、他のスタッフ、管理者および患者からも優秀と認められている。
4	Exceed Standing (標準以上)	標準レベルをはるかに超えるものが多く、同僚、スタッフ、患者などに与える影響も大きい。全体として優秀と認められる。
3	Normal/Acceptable (普通)	診療活動や管理業務全体が標準レベルにある。
2	Needs/Improvement (改善必要)	標準レベルに達している分野もあるが、2、3の分野においてレベル以下のものがあり改善が必要。
1	Unacceptable (不可)	最小標準レベルにも達していない。継続して契約医とすることができない。

ポイント	0点~2.0点	2.1点~3.0点	3.1点~4.0点	4.1点以上
インセンティブ/ボーナス 給付率	0%	80%	100%	110%

表 2

(メディケア/メディケイドのリスクプラン)

項目 \ プラン	メディケア・リスクプラン	メディケイドのリスクプラン
加入者 (受給者)	368万人 (10%)	1200万人 (37%)
タイプ	①メディケア HMO ②POS (Point of Services)	①メディケア HMO ②PCCM ③POS-PHP (point of services, prepaid health plan)
保障範囲	急性医療 (病院・医師) 在宅ケア/ナーシングホーム ホスピス etc (包括保障)	急性医療のみ 但し、救命救急は出来高
給付方法	①AAPCC (原則自己負担なし)	PMPM/キャピテーション
病院・医師への リスクプール	25%リスクプール	なし
資格者	メディケア資格者	州の母子家庭水準以下の成人 州の貧困レベル以下の成人
特性	企業退職者保障として活用 HMO にリスクプール強制 (HCFA) HCFA の規制強い	小児科、産婦人科医療費削減 ケースマネジメント重視 各州で導入が進んでいる (増加傾向)

作成: MED-ARK, MGNT, IN.

表 1

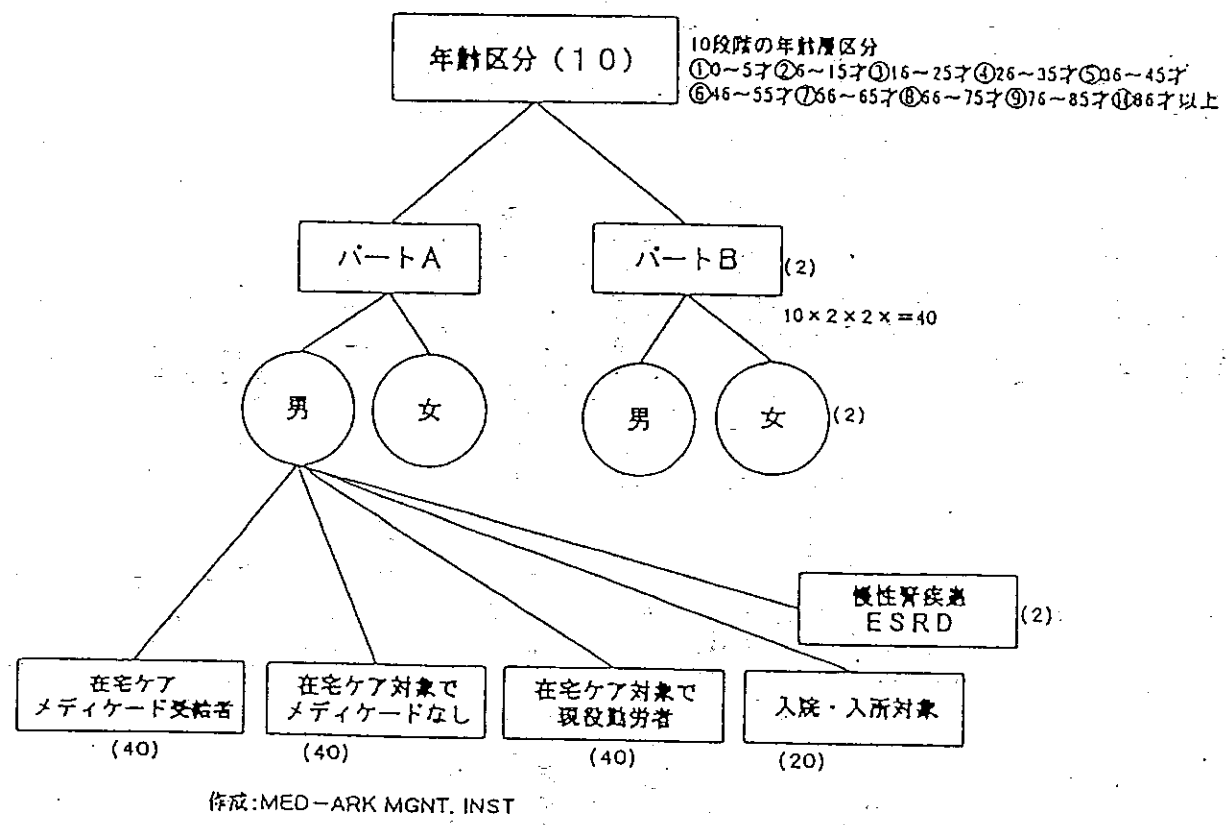
メディケアとメディケード比較表

	メディケア	メディケード
法的性格	連邦の公的医療保険 (社会保障法修正条項18条)	連邦と州共同の医療扶助プログラム (社会保障法修正条項19条)
資格条件	①65歳以上(社会保障税納付者) ②公的障害給付の受給者 (但し2年以上継続の者) ③慢性腎疾患患者 (ESRD:End Stage Renal Disease)	①連邦母子家庭認定者(AFDC) ②SSIプログラム受給者(65歳以上、及び障害者) ※連邦貧困水準以下の者 ③各州の貧困水準以下の者 ※連邦水準以下で、且つ医療費を支払えない者 ④州の特定認定者(上記に適用できない者)
保障範囲	①病院医療(パートA) ・入院・ナーシングホーム ・在宅医療(介護含まず)・ホスピス ②外来医師診断(パートB) ・病院外来、通院・医師技術料(入院含む) ・専門スタッフサービス(SW、ケースマネージャ、PT、OT、ST)但し入院除く ・在宅医療(パートAと同じ)但し自己負担20% ・薬局処方・医薬品	①基本サービス ・入院/外来・ナーシングホーム・医師技術料 ・専門スタッフサービス・予防、定期検診 ・地域保健所サービス・家族計画サービス ②任意付加サービス ・薬局処方、医薬品・セラピスト・カウンセリング ・歯科・精神医療
支払方法	①病院入院医療…DRG(一部自己負担あり) ②ナーシングホーム…RUG ③医師/外来医療…RVS(自己負担20%) ④その他専門サービス…FFS(CPR)	各州によって異なる ①病院入院医療…DRG、又は州独自の支払方法 ②ナーシングホーム…RUG、又は州独自の支払方法 ③医師/外来診療…FFS(CPR方式)、一部の州…RVS ④その他専門サービス…CPR
財源	社会保障税(パートA) パートB保険料、及び連邦一般財源(パートB) パートA、パートBの自己負担	連邦一般財源、州税及び州消費税、郡財産税
管理運営	連邦・州 メディケア基金から中間支払機関(キャクター、インターメディアリー)による代行支払い <注>病院、医師、加入者への償還	州政府 代行機関(キャクター、インターメディアリー)より病院・医師への直接支払 <注>加入者への償還はしない
利用審査	PRO(セカンドオピニオン、入院日数、外来外科手術)	PRO
加入者数	約3500万人(1996年度) (368万人)	約3700万人(1996年度) (1200万人)
医療費総額	約2000億ドル(1996年度) …1998年度予測2590億ドル (総医療費の約20%)	約1500億ドル(1996年度) (総医療費の約15%)

出典: Medicare Handbook, HCFA, ProPac(Data)1997

図3

AAPCC価格設定の構図



7L