

約申し出は必要ない。

1998年までのメディケアの加入者数の推移は、図表2-2-3のようになっている。

図表2-2-3 メディケア加入者数の推移

Year	total			Part A (Hospital insurance)			Part B (Supplementary Medical insurance)		
	All Persons	Aged Persons	Disabled Persons	All Persons	Aged Persons	Disabled persons	All persons	Aged persons	Disabled persons
1966	19,108,822	19,108,822		19,082,454	19,082,454		17,735,966	17,735,966	
1967	19,521,000	19,521,000		19,493,895	19,493,895		17,893,012	17,893,012	
1968	19,821,000	19,821,000		19,769,701	19,769,701		18,804,815	18,804,815	
1969	20,102,741	20,102,741		20,014,235	20,014,235		19,194,708	19,194,708	
1970	20,490,908	20,490,908		20,361,152	20,361,152		19,584,387	19,587,387	
1971	20,914,896	20,914,896		20,742,250	20,742,250		19,974,692	19,974,692	
1972	21,332,120	21,332,120		21,115,261	21,115,261		20,351,273	20,357,273	
1973	23,545,363	21,814,825	1,730,538	23,301,082	21,570,544	1,730,538	22,490,534	20,920,660	1,569,874
1974	24,201,042	22,272,920	1,928,122	23,924,145	21,996,029	1,928,116	23,166,570	21,421,545	1,745,025
1975	24,958,552	22,790,157	2,168,395	24,640,497	22,472,104	2,168,393	23,904,551	21,945,301	1,959,250
1976	25,662,921	23,270,739	2,392,182	25,312,575	22,920,417	2,392,158	24,614,402	22,445,911	2,168,491
1977	26,457,899	23,838,478	2,619,421	26,093,919	23,474,546	2,619,373	25,363,468	22,990,826	2,372,642
1978	27,164,222	24,370,986	2,793,236	26,777,263	23,984,057	2,793,206	26,074,085	23,530,893	2,543,192
1979	27,858,742	24,947,954	2,910,788	27,459,157	24,548,391	2,910,766	26,757,329	24,098,491	2,658,838
1980	28,478,245	25,515,070	2,963,175	28,066,894	25,103,738	2,963,156	27,399,658	24,680,432	2,719,226
1981	29,009,934	26,010,978	2,998,956	28,589,504	25,590,555	2,998,949	27,941,227	25,181,731	2,759,496
1982	29,494,219	26,539,994	2,954,225	29,068,966	26,114,758	2,954,208	28,412,282	25,706,792	2,705,490
1983	30,026,082	27,108,500	2,917,582	29,587,295	26,669,745	2,917,550	28,974,535	26,292,124	2,682,411
1984	30,455,368	27,570,950	2,884,418	29,995,971	27,111,561	2,884,410	29,415,397	26,764,150	2,651,247
1985	31,082,801	28,175,916	2,906,885	30,589,468	27,682,592	2,906,876	29,988,763	27,310,894	2,677,869
1986	31,749,708	28,791,162	2,958,546	31,215,529	28,257,004	2,958,525	30,589,728	27,862,737	2,726,991
1987	32,411,204	29,380,480	3,030,724	31,852,860	28,822,152	3,030,708	31,169,960	28,382,203	2,787,757
1988	32,980,033	29,878,528	3,101,505	32,413,038	29,311,556	3,101,482	31,617,082	28,780,154	2,836,928
1989	33,579,449	30,408,525	3,170,924	33,039,977	29,869,060	3,170,917	32,098,770	29,216,027	2,882,743
1990	34,203,383	30,948,376	3,255,007	33,719,118	30,464,135	3,254,983	32,629,109	29,685,629	2,943,480
1991	34,870,240	31,484,779	3,385,461	34,428,810	31,043,371	3,385,439	33,237,474	30,185,162	3,052,312
1992	35,579,149	32,010,515	3,568,634	35,153,223	31,584,598	3,568,625	33,933,274	30,712,791	3,220,483
1993	36,305,903	32,461,719	3,844,184	35,904,436	32,060,258	3,844,178	34,612,360	31,146,557	3,465,803
1994	36,935,366	32,800,745	4,134,621	36,543,147	32,408,543	4,134,604	35,167,288	31,447,255	3,720,033
1995	37,535,024	33,141,730	4,393,294	37,134,949	32,741,662	4,393,287	35,684,584	31,742,132	3,942,452
1996	38,064,130	33,423,945	4,640,184	37,661,881	33,021,701	4,640,180	36,139,608	31,984,257	4,155,351
1997	38,444,739	33,629,955	4,814,784	38,052,242	33,237,460	4,814,782	36,460,143	32,164,416	4,295,727
1998	38,824,855	33,802,038	5,022,817	38,432,477	33,409,666	5,022,811	36,780,731	32,308,268	4,472,463

All Areas, as of July 1, 1966-1998

Source : HCFA ホームページ

③被保険者の権利侵害への対応

メディケアでは、メディケア受給者が受けた診療に対するプロバイダーの支払請求に関して、不正 (fraud) ・乱用 (abuse) から保護する対策をとっている。更に診療内容に関してメディケア受給者の観点から問題を感じた場合は、苦情 (grievance) ・訴訟 (appeal) を申し出ることができる権利も付与している。支払やサービス要求以外に関する場合は苦情、支払やサービス内容決定に関する場合は訴訟として、取り扱われることとなっている。

メディケア受給者向けの小冊子「Medicare & You 2000」の中では、各対応窓口として、支払請求に関する疑問はインターメディアリーかキャリアーに問い合わせ、明らかに不正・乱用があった場合には監査院 (Office of Inspector General ; OIG) ³⁾に直接報告し、苦情・訴訟についてはいずれも PRO に申し出ることとしている。

④保険料

(a) パート A 受給者要件を満たすため保険料、算定方法、徴収方法

FICA Tax と呼ばれる 15.3%の所得税の中から、メディケアの保険税として 2.9%が徴収される。これは、基本的に労使折半で負担することになっているが、自営業主の場合は全額自己負担となる。この料率は法律で規定されており、変更するためには連邦議会での法改正が必要となる。FICA Tax の徴収は、U. S. Treasury によって一括して行われ、そこから年金信託基金 (Pension Trust Fund)、障害者信託基金 (Disability Trust Fund)、メディケアパート A 信託基金 (Medicare Part A Trust Fund)、の 3つのファンドに分配される。

メディケア保険税を就労期間中に 40 四半期以上納付すれば、追加的な保険料の負担無しでメディケアパート A の受給者要件を充足することができるが、それが充足できなかった場合には、毎月定額保険料を収納し続けることでメディケアの受給者資格を獲得することも可能となっている。2000 年の保険料額は図表 2-2-4 のように規定されている。

図表 2-2-4 メディケア加入のための月払保険料額

	通常加入の場合	後期加入の場合
FICA Tax 納入期間が 30 四半期以上の場合	\$166.00 per month	\$182.60 per month
FICA Tax 納入期間が 30 四半期未満の場合	\$301.00 per month	\$331.10 per month

Source : HCFA ホームページ

(b) パート B の保険料、算定方法、徴収方法

2000 年現在月額 45.50 ドルであり、この金額は毎年 HCFA の Office of Actuary において、翌年の保険料徴収額・一般税収歳出額の予算計算に基づき決定される。徴収は、社会保障制度・鉄道退職者制度・退役軍人制度などの年金から、直接天引きされることとなっている。年金を受給していない場合は、個別に請求書を送付して収納する方法をとっている。保険料を収納し続けることでパート B のサービスを受給することができ、未納すれば受給できなくなる。

(c) メディケア補足保険 (Medigap、Medigap SELECT) の保険料、算定方法、徴収方法

メディケア補足保険の保険料は、HCFA は特に関与せず、マネジドケア保険が独自に算定して直接徴収する。そのため、同じ内容の保険商品でもマネジドケア保険によって非常に格差があるが、原則的な価格設定方式として次の 3つに分類することができる。

○コミュニティー料率：年齢にかかわらず同じ料率

○年齢別定額料率：最初に購入した時の年齢によって料率が異なり、購入時の保険料が継続適用される。

○年齢別変動料率：購入時の年齢によっても料率が異なるが、更に年々保険料が高くなる。パート B と同様に、保険料を収納し続けることで付加保険からのサービスを受給すること

ができる。

⑤保険給付

パート A・B、メディケア補足保険 (Medigap、Medigap SELECT)、いずれについても HCFA が明確にその基本給付内容 (deductibles, coinsurance, copayments も含む) を規定している (図表 2-2-5~7)。民間マネジドケア保険が提供するメディケア・マネジドケア保険商品や民間出来高払い保険商品も、HCFA が規定しているパート A・B の基本給付内容を盛り込んだ上で、独自の追加給付を行うことが認められている。メディケア補足保険は、HCFA が給付内容の組み合わせによって図表 2-2-7 のような 10 種類の基本保険商品を規定しており、それに基づき各マネジドケア保険が提供することとなっている。

図表 2-2-5 パート A の給付内容

メディケア・パートA	オリジナル・メディケアの支払額(2000年)
入院: 準個室、食事、一般看護、その他の病院サービス・供給品。医療的必要性がない限り個人看護や、部屋のテレビ・電話、個室料金は含まれない。精神治療施設での入院患者の精神衛生ケア給付は一生のうちに190日までに制限されている。	各給付期間毎の自己負担額: ・入院1~60日目には総計\$776 ・入院61~90日目には1日当たり\$194 ・入院91~150日目には1日当たり\$388 ・150日を超えた場合は各日全額
スキルドナーシング施設 (SNF) でのケア**: 準個室、食事、熟練看護・リハビリサービス、その他のサービス・供給品(入院3日目以降)	各給付期間毎の自己負担額: ・最初の20日間は無料 ・21~100日目には一日当たり最高\$97 ・給付期間100日目以降は全額負担 SNFと給付条件に質問がある場合はインターメディアリーに問い合わせのこと。
在宅介護**: パートタイムの熟練看護ケア、身体療法、会話言語療法、在宅医療援助サービス、耐久医療用品(例えば車椅子、医療用ベット、酸素、歩行器)、耐久医療供給品、その他のサービス	自己負担: ・在宅ヘルスケア・サービスは無料 ・耐久医療用品は認可額の20%負担 在宅ヘルスケアと給付条件に質問がある場合は地域の在宅医療インターメディアリーに問い合わせのこと。
ホスピスケア**: メディケアで承認されたホスピスからの医療・支援サービス、症状コントロールや痛み止めの薬品、短期間の一時的ケア、ホスピス施設・病院でのケア、必要な場合はナーシングホームでのケア、メディケアでカバーされているその他のサービス。在宅ケアもまたカバーされている。	自己負担: 外来処方箋薬は\$5まで、入院時の一時的ケア(通常の看護者が休養するために他の看護者からホスピスの患者に対して与えられる短期間のケア)に対してメディケアが支払う金額の5%までを一部負担。一時的ケアにおける一部負担額は毎年変更する可能性がある。 ホスピスケアと給付条件に質問がある場合は地域の在宅医療インターメディアリーに問い合わせのこと。
血液: 病院もしくはSNFに入院・入所中に与えられる場合	自己負担: 最初の3パイントの血液分

**に該当するサービスを受けるには、一定の条件を満たさなければならない。

Source : HCFA 「Medicare & You 2000」

図表 2-2-6 パート B の給付内容

メディケア・パートB	オリジナル・メディケアの支払額(2000年)
医療・その他のサービス: 医師のサービス(定期的身体検査を除く)、外来の医学的・外科のサービス・供給品、診断確定検査、承認された診療行為に対する緊急手術センター施設料、耐久医療用品(例えば車椅子、医療用ベッド、酸素、歩行器)。言語療法や精神衛生ケアサービスを含む、外来の理学療法・作業療法も対象となる。	自己負担: ・免責額\$100(暦年毎に1回支払) ・外来施設内以外で免責額控除後承認額の20% ・全ての外来の身体・言語療法サービスに対して20%と、全ての外来の作業療法サービスに対して20%。 ・主な外来精神医療は50%
臨床検査室サービス: 血液検査、尿検査その他	自己負担: 全てのサービスが無料
在宅ヘルスケア**: パートタイムの熟練ケア、在宅医療援助サービス、メディケアがカバーしている在宅ヘルスケアやその他の供給品・サービスを受ける際に在宅医療業者によって提供された時の耐久医療用品	自己負担: ・全てのサービスが無料 ・耐久医療用品に対する承認額の20%
外来病院サービス: 病気・けがの診断や治療に対するサービス	自己負担: (免責額控除後)請求額の20%。2000年中は定額一部負担を徴収する
血液: 外来として、あるいはパートBでカバーしているサービスの一部として必要な血液	自己負担: 最初の3パイントと、それ以降は(免責額控除後)追加の血液に対する承認額の20%

**に該当するサービスを受けるには、一定の条件を満たさなければならない。

Source : HCFA 「Medicare & You 2000」

図表 2-2-7 メディケア補足保険 (メディギャップ) の商品設計

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
基本的給付	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
SNFの一部負担			○	○	○	○	○	○	○	○
パートAの免責額		○	○	○	○	○	○	○	○	○
パートBの免責額			○			○				○
メディケアの償還額を超える事業者からの請求分						100%	80%		100%	100%
海外療養費			○	○	○	○	○	○	○	○
回復期の自宅療養者の身体介護				○			○		○	○
外来処方薬								○	○	○
健康診断等					○					○

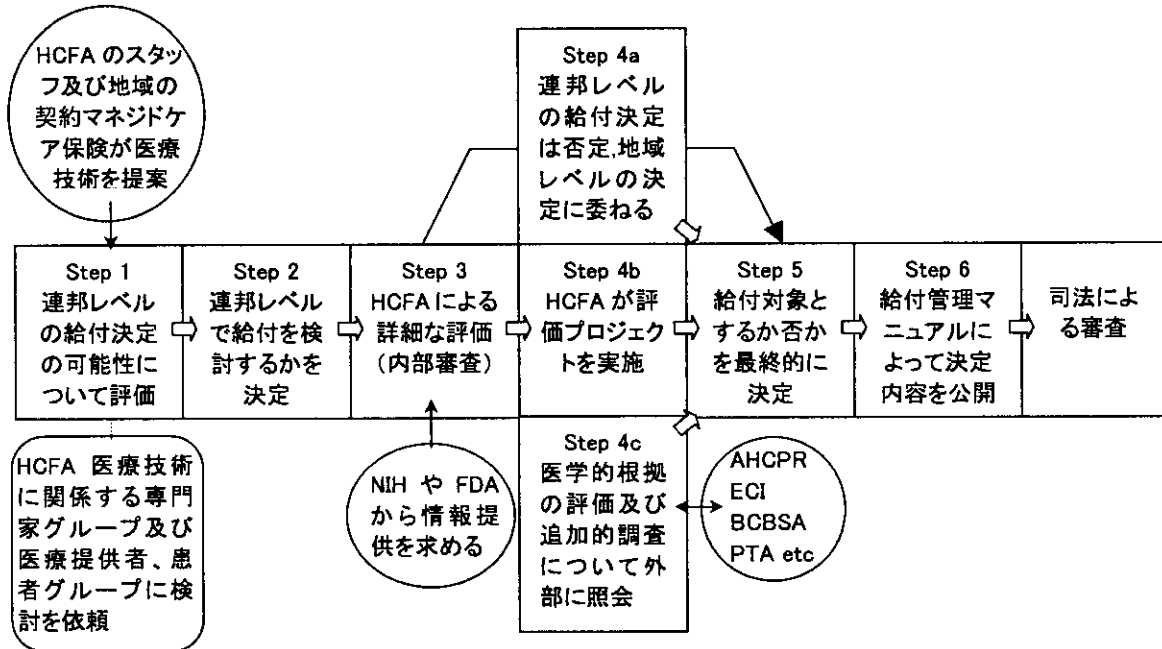
(注) 基本給付には、入院中の一部負担、特別入院日数延長制度終了後 365 日までの入院 (以上パート A)、20%の一部負担、輸血に関する一部負担 (以上パート B) が含まれる。

Source : アンドル・アッカンプバウム「アメリカの社会保障の光と陰」(2000年、大学教育出版)

メディケアにおいて具体的にどのサービスを給付対象とするかを決定するのは、HCFA の権限である。そして、新たな医療技術や診療パターンを追跡し、現行の給付内容で適用可能かどうか、給付内容の変更が必要かどうかを検討する義務がある。このため HCFA は、FDA や米国医師会などの組織と連携をとりつつ、給付内容の検討にあたっている (図表 2-2-8 参照)。近年 HCFA は給付内容の決定プロセスの透明性を高めるための改革を行ってきた。1 つは新規医療技術の適用に関するタイムフレームを設定したことであり、申請が提出された日から 90 日以内にメディケアの給付対象とするかどうかを決定することとなった。もう 1 つは、メディケア給付諮問委員会 (Medicare Coverage Advisory Committee : MCAC) の設置である。MCAC は、総勢 120 名の委員から構成され、特定の医療用具やサービスにつ

いて専門的な見地から助言を行い、その審議内容は公開されている。こうした改革によって、HCFA が臨床上の科学的な裏付けの下に給付内容を決めていることを国民に信頼してもらうことを狙っている。

図表 2-2-8 メディケア給付内容に関する決定プロセス



Source : 社会保険旬報 No. 2067

⑥保険給付の発生の確認

ユーティリゼーションレビューを PRO に委託して行っている。主に、受給者からの苦情、インターメディアリー等メディケア関連業務委託先からの照会、病院からの支払対象外通知等の経路によって PRO に事例が報告され、それに基づき遡及的・同時発生的な確認としてユーティリゼーションレビューが行われる。(詳細は (3) ③)

⑦予防給付、ヘルス事業

メディケアでは予防給付を行っており、例えば1981年から肺炎ワクチン接種が、1993年からインフルエンザワクチン接種が、それぞれパートBで導入され、今日では図表2-2-9のような予防給付がカバーされている。

図表 2-2-9 メディケアにおける予防給付の概要

メディケアBがカバーする予防サービス	サービス対象者	自己負担額
骨密度の測定: 1998年7月より開始 健康状況に応じて異なる	骨粗鬆症の恐れがあるメディケア受給者	パートBの年間免責額控除後のメディケア承認額の20%
結腸直腸がん検査: 結腸鏡検査等一部は1999年1月、他は1998年1月より開始 ・潜血便検査: 年1回 ・弾性S状結腸鏡検査: 4年に1回 ・結腸鏡検査: 結腸癌になる確率が高い者は2年に1度 ・バリウム注腸: S状結腸鏡検査が結腸鏡検査の代用として医師が決定	50歳以上のメディケア受給者。但し、結腸鏡検査に対する年齢制限は無し。	潜血便検査には付加保険(coinsurance)もパートBの免責額もなし。他の全ての検査には、パートBの年間免責額控除後のメディケア承認額の20%
糖尿病検査: 原則1998年7月より開始 グルコース検査、尿管検査、ランセット、健康の自己管理指導を含む	メディケアに加入している糖尿病患者(インシュリンの使用者・未使用者に関係なし)	パートBの年間免責額控除後のメディケア承認額の20%
乳がん検査: 1998年1月より開始、年1回	メディケアに加入する40歳以上の女性	パートBの免責額控除無しで、メディケア承認額の20%
パバニコラウス塗抹検査と骨髄検査: (胸部検査も含む) 1998年1月より開始 3年に1回。但し、子宮頸がんや陰部がんの確率が高い人や、出産年齢前で3年以内に異常なパバニコラウス塗抹のあった人は毎年1回。	メディケアに加入する全女性	パバニコラウス塗抹検査(臨床検査室代金)には付加保険もパートBの免責額もなし。医師のサービスとその他の全ての検査にはパートBの年間免責額控除無しで、メディケア承認額の20%
前立腺癌検査: 2000年1月より開始 ・デジタル直腸検査: 年1回 ・PSA(前立腺特異抗原)検査: 年1回	メディケアに加入する50歳以上の男性	通常はパートBの年間免責額控除後のメディケア承認額の20%。PSA検査には付加保険もパートBの免責額も無し。
予防接種: ・インフルエンザ: 年1回 ・肺炎: 必要な場合1回、医師に相談 ・B型肝炎: 肝炎に罹患する可能性が高い場合	全メディケア受給者	もし医師が認定すればインフルエンザと肺炎の予防接種には、付加保険もパートBの免責額も無し。B型肝炎にはパートBの年間免責額控除後のメディケア承認額の20%。

Source: HCFA 「Medicare & You 2000」

またヘルス事業としては、個人属性・地域・施設に係わらず全メディケア受給者の健康を向上させるために、HCFAがPROに対する委託契約の一環として、「ヘルスケアの質向上プログラム(Health Care Quality Improvement Program; HCQIP)」を計画した。この契約でHCFAは、全国的に健康増進を優先すべき質の指標を設定したが、必ずしも各州独自の状況を完全に反映していないため、PROに対して次のことを主導するよう依頼している。

○州のメディケア受給者に対して、次の6つの臨床項目それぞれにおいて設定された標準的な質の指標に基づき、質向上計画を実践する。: 急性心筋梗塞、肺炎、糖尿病、乳癌、一過性脳虚血発作/心房細動、およびうつ血性心不全

○次の3つの領域における州独自のプロジェクトを指揮する。: 医療代替施設における質向上計画、受給者間のケアの不一致削減計画、その他地域の関心・必要性に基づく計画

○州のマネジドケア保険に対して、技術的サービス支援を行い、健康向上計画(特に糖尿病とインフルエンザの予防プロジェクト)に協力するよう働きかける。

具体的には、質向上活動として実際に病院や医師の元へ行き、文献・資料を提供したり、臨床ガイドラインを示したり、その他様々な働きかけによって質の向上を図る。そのような指導の6ヶ月~1年後に、質改善の成果を測定する。このように、PROがプロバイダーと

協力しながらプロジェクトを進めることは契約上の義務である一方、プロバイダーの参加は自主的であり、強制ではない。プロバイダー側からみれば、診療報酬の支払方式によって、PRO プロジェクトに協力するインセンティブが異なる。例えば虚血性心不全の再入院率を減らすことや予防接種率を高くして肺炎の入院率を減らすという改善目標によって、患者の健康がより早く改善し在院日数が短縮された場合、DRG による支払制度では財政的インセンティブが働くが、一日当たり定額支払の場合は逆にインセンティブは損なわれるからである。

また、その他の PRO の使命として、健康増進・疾病予防に関するメディケア受給者の教育と保護という役割が任されており、その一環で各 PRO は電話ホットラインを設置し、受給者への一般的な情報提供を行っている。

HCFA が直接行っているヘルス事業としては、「To Help Keep You Healthy」 「Disease Specific Information」などの情報をインターネットや郵便で受給者向けに提供している。

⑧医療供給に関する情報提供

(a) 保険商品に関する情報提供

まずメディケアの概要や基本部分であるメディケアパート A・B の給付内容、メディケア補足保険の概要については、「Medicare & You」という小冊子を作成し、インターネット・電話・郵送などによって情報提供する体制をとっている。また、メディケア補足保険の詳細については、別途「To Health Insurance for People with Medicare」という冊子を作成し、同じく様々な手段で情報提供できる体制をとっている。

また、メディケア・マネジドケア保険商品に関する情報提供としては、HCFA が契約締結にあたり審査・承認を行った各保険商品の情報を、メディケア受給者に公表している。HCFA はその内容のサマリーを書いた小冊子を毎年9月頃受給者全員に郵送している。それと同時に、インターネット上に「Medicare Health Plan Comparison Database」と呼ばれるデータベースを作り、各地域で提供されている保険商品を比較できるような包括的な情報を開示している。また、「Medicare & You」という小冊子の中では、地域限定版の部分で、図表 2-2-10 のようにその地域で選択できるマネジドケア保険商品に関する、より具体的な項目について比較した情報を提供している。

(b) プロバイダーに関する情報提供

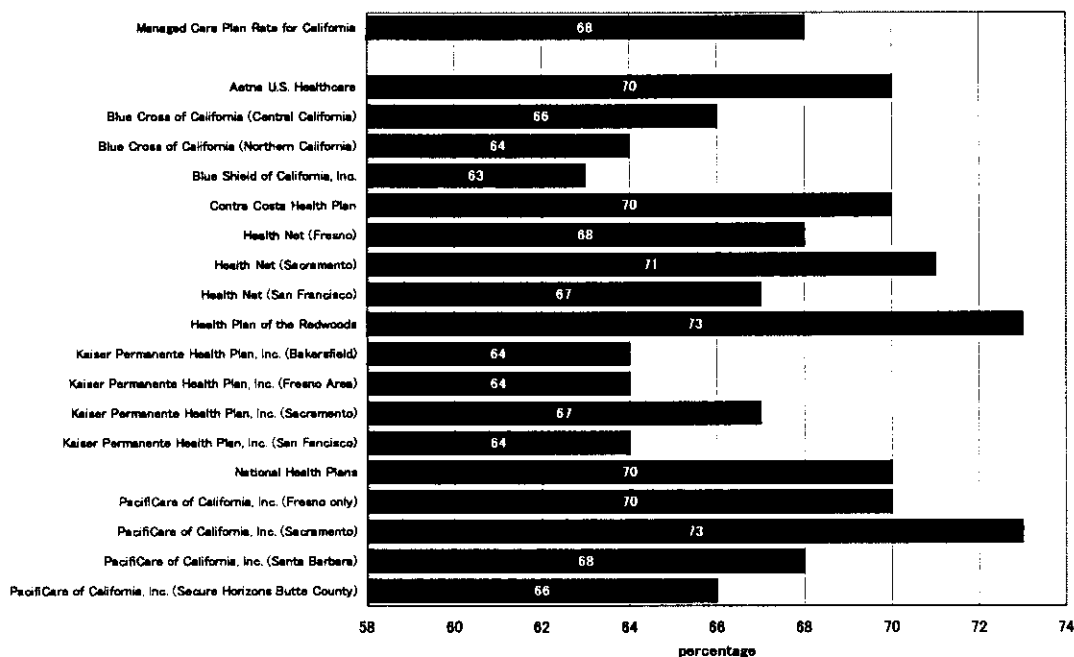
国民からの要望に応え、情報の自由法 (the Freedom of Information Act) に基づき、HCFA はメディケアに参加しているプロバイダーに関する情報が公開できる。例えば「Nursing Home Compare」というデータベースを提供し、全国 17,000 のメディケア及びメディケイドで公認されているナーシングホームに関する情報を HCFA のインターネット上及び郵送で公開している。

また各 PRO では、メディケア受給者向けの電話ホットラインを設置し、熟練したスタッフによって、苦情受付、ケアの質、マネジドケア、予防医療サービス、患者の権利、不正・乱用に関する各種問い合わせの受付窓口機能を果たしている。その中で、情報開示規制の範囲内で、患者からの問い合わせに対してプロバイダーに関する情報提供を行っている。例えば、Connecticut 州・New Jersey 州・Maryland 州を担当している IPRO (Island Peer Review Organization) ではこうした問い合わせを年間 5,000 件以上も扱っている。

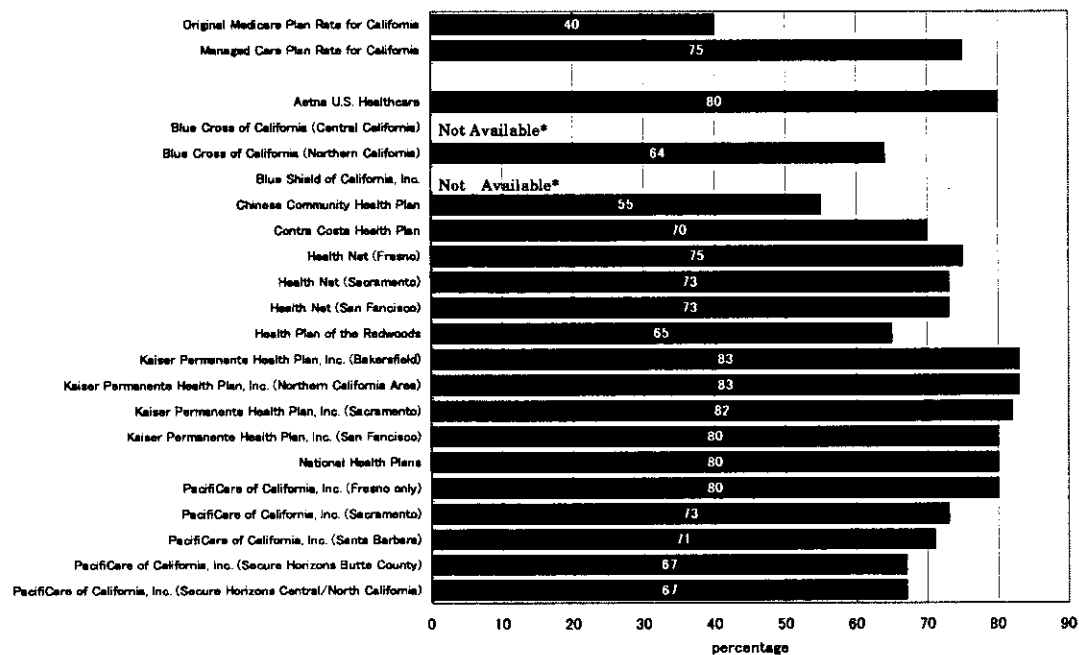
また 1997 年財政均衡法の 4311 条項において、メディケアに参加している医療サービスプロバイダーは、提供したいかなる財・サービスに関する明細書をメディケア受給者から書面で直接要求された場合には、その要求から 30 日以内に当該明細書を提出しなければならないと規定された。更に 30 日という期限を過ぎた場合には、民事罰として最高 100 ドルの罰金が科されることとなった。

図表 2-2-10 Medicare & You におけるメディケア・マネジドケア保険商品に関する情報提供例

Northern & Central California Health Plans Doctors Who Communicate Well



Northern & Central California Health Plans The Percentage of Women Who Receive a Mammogram



*these plans could not report because the number of Medicare members eligible for this measure was too small.

Source : HCFA [Medicare & You 2000]

(3) HCFA とプロバイダーとの関係

①HCFA によるプロバイダーの選択

HCFA が作成する「病院マニュアル」において、メディケアの参加プロバイダーとなるためには、社会保障法第 18 章 (title XVIII of the Social Security Act) の適切な資格要件とその下で発効された規制を満たすことと定義されている。同時に 1964 年市民権利法第 6 章 (104 条) の適切な条項を遵守しなければならない。社会保障法 1866 条に基づき厚生省 (DHHS) との協定を締結しなければならない。協定には、具体的に下記の 3 つの条項が盛り込まれている。

- 提供された財・サービスに関する適切なコストに基づく支払を受け入れること
- 医療保険制度によって給付される財やサービスに対して認められた料金・免除額・一部負担額以上に、受給者やいかなる個人に対しても請求しないこと
- 不正に回収されたいかなる金銭も領収したりそれを試みたりしないこと

この協定を締結したプロバイダーは、協定が認定された後メディケアに参加する資格を付与される。この協定には期間制限や一定の有効期限はなく、自発的・非自発的な終結、あるいは経営権の変更等があるまで有効である。協定の終結には主に次の 3 つがある。

(a) 厚生長官による終結

1972 年の法改正で、メディケアで不正の罪を摘発されたいかなるプロバイダーに対しても、メディケアへの参加を終結させる権限を、厚生長官に対して付与した。厚生長官は、メディケアへ参加できないプロバイダーに関する情報を受給者に提供するように求められている。終結となる要因として、過剰請求、過剰供給、悪質・有害なサービス提供、支払等における不正行為などがあげられる。厚生長官の決定に対して不満があるプロバイダーは、厚生長官からのヒアリングを受けることができ、また厚生長官の最終決定に対する法的審査を受ける権利もある。

(b) HCFA による終結

次のような場合、HCFA はプロバイダーとの協定を終結することができる。

- 協定・法・規制に基づく適切なサービス供給を実際に遵守しない場合
- 参加に適切な条件をもはや満たしていない場合
- 支払や支払額が必要であるかどうかを判断するために必要な情報を提供しない場合
- 会計書類や診療記録を含むあらゆる記録の検査の受け入れを拒否した場合
- 支払請求書において虚偽の供述や記述を故意に自主的に行ったり、あるいは実際の費用を超える額の支払請求を申し出た場合
- 実際の必要性を超過し、個人に対して有害で著しく質の低い財・サービスを提供した場合

HCFA はプロバイダーに終結宣告をし、プロバイダーは終結となる日の最低 15 日前には公表しなければならない。HCFA の決定に不満があるプロバイダーは、訴訟手順に則って HCFA

からのヒアリングを求める権利がある。HCFA がプロバイダーとの協定を終結した後、先の協定終結の原因が除去されて再発しないことが合理的に保証されない限り、そのプロバイダーは再度参加協定を結ぶことはできない。

(c) 病院からの自発的な終結

メディケアへの参加協定を終結したいプロバイダーは、HCFA の地方事務所にその旨を記載した書類を提出する。HCFA は、その書類に記載された日もしくは別の日を設定し、その日を持って契約終結することを受け入れる。HCFA が設定する終結日は、プロバイダーからの書類が提出された日から6ヶ月以上経過してはいけない。プロバイダーは、HCFA が設定した終結日から最低でも15日前にはその旨を公表する必要がある。

②診療報酬等の契約

オリジナル・メディケア保険商品では、原則として、パート A については DRG/PPS（診断群別所定報酬額支払方式）による定額包括払い、パート B については RBRVS（資源準拠相対評価尺度）によって策定された診療報酬表による出来高払いに則って、報酬支払が行われている。

パート A について、法律上連邦標準価格を HCFA が毎年度改訂することとなっているが、その際「所定報酬額支払制度評価委員会（Prospective Payment Assessment Commission ; ProPAC）」と呼ばれる委員会の提言を考慮している。この委員会は 17 名の学識経験者で構成され、DRG 分類、DRG 係数などの改訂の必要性について提言すると共に、改訂にかかる評価に関する議会報告を行うことが任務とされている。

パート B は、毎年 4 月 15 日までに厚生長官が議会に対し次年度のドル換算係数（CF）の改定率について提言を行い、その提言を「医師報酬支払評価委員会（Physician Payment Review Commission ; PPRC）⁴⁾」が審査し、5 月 15 日までに自らの提言を行う。この 2 つの提言を元に、議会が毎年改定率を決定し、決定に至らなかった場合は「不履行規定」に基づく換算係数の決定を行うこととなっている。

③診療内容及び報酬の審査

HCFA は、パート A・B についてはインターメディアリーと、パート B における診療所等の医師に対する支払請求についてはキャリアーと、それぞれ委託契約を締結し、プログラムの運営に則って請求があったものに対し審査・支払処理を行っている。それぞれの委託契約の運営上の規則・マニュアルを「インターメディアリーマニュアル」「キャリアーマニュアル」として HCFA が作成している。その中には給付内容の定義、審査項目、審査支払基準、支払い期日などの規定が詳細に記載されており、その遵守を徹底している。第 1 次審査のほとんどがコンピューター審査で、2 次審査は医師や看護婦などによるマニュアル審査が行われる。

(a) 過誤支払予防プログラム (Payment Error Prevention Program ; PEPP)

元来メディケア受給者は様々な病状を持っており、しかも診断や診療内容を示す DRG コードが複雑であるため、DRG コードの基本的なエラーが発生したり、免責額や診療内容に変更が発生することがある。その場合、プロバイダーが調整請求書をインターメディアリーに提出することにより、DRG コードの修正を申し出ることができる。この調整請求書の提出は、最初の請求書が提出されてから 90 日以内であれば受け付けられる。しかし基本的なエラーの修正だけでなく、財政的により高額なコードを恣意的に選択する、つまり DRG アップコーディングのインセンティブが働く場合もある。インターメディアリーでの抽出審査によってこうした疑いの有無をチェックし、問題がある場合にはインターメディアリーの中の不正乱用防止部に照会して、追跡調査を行う。

いずれの場合にもインターメディアリーは、診療手順や疾病を確認するための診療記録等の証拠の提出をプロバイダーに求めることができる。その際、明らかに医学的判断が必要な場合には、インターメディアリーから PRO に照会される。照会を受けた PRO は支払請求書をチェックし、問題が発見された場合には、診療記録に書かれた内容の疾病・診療行為と、支払請求書におけるコード選択の確認を行う。その上で支払請求書の改竄が確認された場合には、インターメディアリーに対し、支払額の修正を通知することとなっている。PRO による支払調整の決定についてタイムリミットは特になく、調整請求書を病院から提出されなくても自動的に修正される。

メディケア全体としても不正・乱用撲滅活動が大々的に行われており、特に 1997 年の HCFA 財政状況報告に関する監査院 (Office of Inspector general ; OIG) の監査結果によって、DRG/PPS での入院サービスに関する過誤支払総額は 4 億ドルにも上ることが指摘された。そのため HCFA は、PRO に過誤支払予防プログラム (Payment Error Prevention Program ; PEPP) の実行を委託した。HCFA は、個別の州毎に過誤支払率 (州の入院サービスの DRG/PPS 支払総額に対する過誤支払額) の見積を算出し、同時に監視システムも提供し、その見積率に対する過誤支払抑制の成果に応じて PRO のパフォーマンスを評価することとした。PRO は、HCFA やインターメディアリー、その他メディケア関連委託先、メディケア受給者からの照会を受け (2 (6) 参照)、それぞれの事例に対して医学的に必要なケアであったかどうか

か、個別調査・遡及審査する。その結果改善の余地がある場合には、その対象機関や医師に対する改善行動計画を実施する。これは、HCFA から委託されているという権限に基づき行うことができる。それと同時に、治療・サービス提供の適切性、サービスへのアクセス・支払の適切性、早期支払の達成をプロバイダーに呼びかけることによって、メディケア受給者に提供されるサービスの監視を行う。またこうした作業過程から、潜在的な不正・乱用・無駄のパターンを特定化し、HCFA に潜在的な事例を撲滅するための情報提供することも期待されている。

(b) プロバイダーの監査

各インターメディアリーは、担当しているプロバイダーから年に1回、1会計年度全体の病院の収支を記載したメディケアコストレポートを提出される。このコストレポートには、人件費や消耗品費などの直接費用だけではなく、メディケア以外も対象とした施設費などの間接費用が含まれているため、そこからメディケア患者1人1日当たりの比率を算出して、メディケア分としての間接費用を割り出す。それをもとにプロバイダーの収支内容がメディケア規制を遵守しているかどうか監査し、また事務管理費について予算と実費の差額が生じた場合には、追加支給または引き戻しを行う。

その他にも定期的に、プロバイダーの記録管理能力の審査が行われる。これは、実際の支払額が、期末のコストレポートにおける総償還費の25%以上超過していた場合に実施される。また経営権が変更された場合など、インターメディアリーが審査を必要だと感じた場合にも実施される。審査の結果、メディケア受給者に提供されたサービスに対する費用を決定するために必要となるデータの記録管理能力が十分でないと判断されたプロバイダーに対し、インターメディアリーはメディケアの支払を停止することができる。当該プロバイダーに対する支払を停止する場合、事前にその旨を伝える書面の通知を送らなければならない。プロバイダーには15日間の猶予が与えられ、支払い停止を取り消すための申請を提出することができる。この申請内容を受け、プロバイダーに記録管理能力があるということを確認することができたら、インターメディアリーは即座に支払停止を取り消すことができる。

(c) 審査人員の確保方法（職歴、職種、養成等）

インターメディアリーでの審査は、医師や看護婦などによって行われる。一方PROの典型的な組織構成は、医師の資格を持たないCEOが組織運営上はトップであるが、最高意志決定機関として理事会が存在し、医師が理事会のトップに就任している。業務スタッフは医師の資格を持つ担当者が常駐しており、医師以外では疫学の専門家、統計の専門家、看護婦といったスタッフがいる。これは、専門家を雇用するようにHCFAから指定されているわけではなく、業務上必要なために専門家をスタッフとして雇っている。ただ、各種データを分析するアナリストは人手不足であり、より良い雇用条件を出さない限り人が集まらない。例えばIPROの場合は、全職員250名のうち、業務スタッフとして医師10名程度、正看護婦100名程度、疫学専門家、コードチェック専門家、医療政策専門家、システムアナ

リスト、プログラマーを抱えている。それ以外にも医師等を嘱託（consultant）として雇っているという状況である。

④診療報酬の支払い

プロバイダーへの仮払は随時行われ、プロバイダーからのコストレポートが年末に提出された際に、インターメディアリーが遡及調整を行うこととなっている。

通常プロバイダーから提出された支払請求をインターメディアリーが受領してから、電子化された支払請求なら 13 日間、紙の支払請求なら 26 日間は、waiting period となっており、その後に支払えることとなっている。そしていずれも、レセプトに記載された日付から 30 日以内が処理（支払もしくは拒否）期限となっており、一般的にこの期限を過ぎた場合には、インターメディアリーがプロバイダーに対して利子を支払うことになっている。この利率は 6 ヶ月毎（毎年 1 月 1 日、7 月 1 日）に財務省によって改訂される。

個別の支払請求に対する医学的情報をインターメディアリーが要求した場合、プロバイダーはその要求日後 30 日以内に情報を提供しなければならないとされている。もし 35 日以内に情報を受け取れなければ、医学的必要性の欠如とみなされ、その支払請求は否認される。また病院は、サービス提供が行われた年の翌年 12 月 31 日までに支払請求を処理しなければならないこととなっている。

メディケアは電子メディア支払請求（Electronic Media Claim；EMC）における産業リーダーである。1996 年の医療保険の携帯と責任に関する法律（Health Insurance Portability and Accountability Act；HIPAA）によって、米国の医療制度の生産性向上のために、電子化データ通信（Electronic Data Interchange；EDI）を活用した運営・財政に関する標準的情報システムの構築が目標とされた。その一環で、厚生長官は電子化されたヘルスケア取引標準を採用することが求められた。これに関連して HCFA は、プライバシー基準などの関連を除いて、計画の調整・実行のリーダーに任命され、メディケアで EDI を推進することとなった。

EDI を使うことによるプロバイダーのメリットとしては、まず第一にコスト的にも事務的にも効率化されることである。メディケア支払請求において無料で電子化請求ソフトウェアやサポートが受けられるだけでなく、全てのメディケア契約先に受け入れられる標準化されたフォーマットを活用することによって、更なるコスト節約にもつながる。第 2 に、紙の支払請求が最低 27 日間で支払われるのに対し、EMC は最短 13 日後には支払われる。電子送金（Electronic Funds Transfer；EFT）についても、紙ベースでは手続きに 1 週間ほど要するのに対し、支払後 2 営業日後に可能となり、様々な面において迅速な処理が可能となる。

パート A の保険請求処理システムは、「シアー・プロセスイン・アレンジメント」と呼ばれており、インターメディアリーのいくつか（現時点では 4 つ）が集中データセンターとなって、複数のインターメディアリーのデータを一括処理しており、各インターメディアリーは支払請求 1 件当たりのコストを処理費として支払っている（ニュージャージー州のインターメディアリーである Horizon BC/BS of New Jersey の場合はアーカンソー BC/BS がデータセンターとなっている）。HCFA は、データ漏洩の防御やより適切なシステム整備の

観点から、このような集中データセンターを設置し、データの集約を行うよう決定したのである。2000年3月におけるEMC率は図表2-3-1のようになっている。

図表 2-3-1 支払請求の EMC 比率

パートA		パートB	
支払請求処理総数	EMC支払請求処理総数	支払請求処理総数	支払請求処理総数
13,958,089	13,598,563	64,715,512	52,233,398
タイプ	EMC処理率	タイプ	EMC処理率
All Bills	97.4%	All Claims	82.3%
Inpatient Hospital Bills	99.4%	Physician Claims(Assigned)	81.7%
Outpatient Bills	98.8%	DME Claims(Assigned)	92.2%
Skilled Nursing Facility Bills	98.5%	Lab Claims(Assigned)	93.1%
Home Health Agency Bills	96.6%	Ambulance Claims(Assigned)	83.6%
Hospice Bills	97.1%	Other Claims(Assigned)	63.4%
CORF Bills	87.4%	Unassigned Claims	55.0%
ESRD Bills	98.1%	Participating Physician Claims	82.6%
Outpatient Lab Bills	99.6%		
Other Bills	83.9%		

(注) CORF: Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility
 ESRD: End-Stage Renal Disease

Source : HCFA ホームページ

⑤医療供給、危険選択に関する情報収集

(a) 保険商品に関する情報収集

メディケア・マネジドケア保険商品に関する情報については、HCFA がマネジドケア保険に毎年の委託契約の際に要求する保険商品設計内容が情報源となる。また、NCQA (National Committee for Quality Assurance) から HEDIS (Health Plan Employer Data and Information Set) の提供を受けて活用している。HEDIS は各マネジドケア保険のパフォーマンスを同じ指標のもとで測定しようとするための標準的なデータセットであり、例えば予防接種率、乳癌検診率といった指標がある。ここでのパフォーマンスの測定尺度は心臓病、癌、うつ病、喘息、糖尿病等のように、有病率や治療費が高いものを重視している。

(b) プロバイダーに関する情報収集

メディケア参加プロバイダーに関する情報収集手段としては、支払請求書からの情報収集が主となる。まず参加プロバイダーは、インターメディアリーが適切なデータ・情報の検閲・審査することを認めなければならないとされている。これは、(2) ③にも示したとおり、プロバイダーの記録管理能力が適切か、またメディケア受給者に提供されたサービスに対して支払制度を遵守した支払がなされているかを確かめるために、プロバイダーの所有する記録や書類を検査することが必要であるからである。そして、検閲・審査を通じて得た情報をもとに、各プロバイダー毎に永久的なファイルが作成される。それも含め、インターメディアリーが HCFA からの委託契約上で収集した情報について、厚生長官は自由にアクセス・利用することができることとなっている (詳細は (1) ③)。

3. メディケア・マネジドケア保険における HCFA および マネジドケア保険の役割・機能

(1) マネジドケア保険とメディケア受給者との関係

① マネジドケア保険へのメディケア受給者の加入

1998年時点において HCFA は 346 のマネジドケア保険と委託契約し、マネジドケア保険は総計約 1,100 の保険商品を提供している。これは、およそ 70% の受給者がマネジドケア保険商品が提供されている地域に住んでおり、そこでは平均して 2～3 種類の商品から選択することができるということになる。しかし、残りの約 30% の受給者は、マネジドケア保険商品が全く提供されていない地域に住んでいる。

メディケア・マネジドケア保険商品への加入条件としてはメディケア受給者資格があれば、どのマネジドケア保険においても加入可能である。ただし、健康、既往症等によるクリームスキミングあるいは健康・既往症以外の加入者数制限の点においては、加入前における末期腎臓病患者のみ加入不能となっている。しかし、それ以外の疾病リスクの高いメディケア受給者が加入し、財政上厳しくなる可能性は十分にある。

このことに対して、マネジドケア保険は 2 つの施策を打ち出している。一つは、メディケア受給者獲得による規模の拡大である。例えば、カイザーにおいては、図表 3-1-1 のように現在メディケア受給者の加入数が 2000 年には主要マネジドケア保険の中で第 2 位（受給者数が 709,144 人、主要マネジドケア保険における全メディケア受給者数の 17%）となっており、さらに今後の方針として、メディケア受給者の大多数が長年被用者として民間市場における加入者の多くの比率を占めていることにより、主要拠点がある地域においてメディケア保険商品事業を展開しつつ今後も連邦政府と協力してメディケア加入者を獲得していく予定である。当然、マネジドケア保険からの被保険者獲得のための宣伝広告が活発になると考えられるが、メディケア受給者への宣伝・広告は HCFA によって非常に厳しく規制されており、どんな媒体を介しても事前に HCFA の地方オフィスで承認を得なければならない。

もう一つは、加入状況の把握等の被保険者管理を円滑に機能させることである。加入者情報の管理については、加入・脱退のみならず、医療費の請求支払に関するデータも含んだ「Common Working File」と呼ばれる HCFA の全国規模の中央集中管理システムがあり、マネジドケア保険は自由にアクセスすることができる。これに加え、HCFA から毎月加入・脱退に関する報告をマネジドケア保険に提供しており、マネジドケア保険ではそのデータを保存・管理している。さらに、カイザー等の一部のマネジドケア保険では独自に地域ごとに独立したシステムを所有している。

なお、メディケア受給者のメディケア・マネジドケア保険商品への加入率は 1999 年にはメディケア受給者全体の 16.7% が加入している状況となっているが、ここ数年、加入率の伸