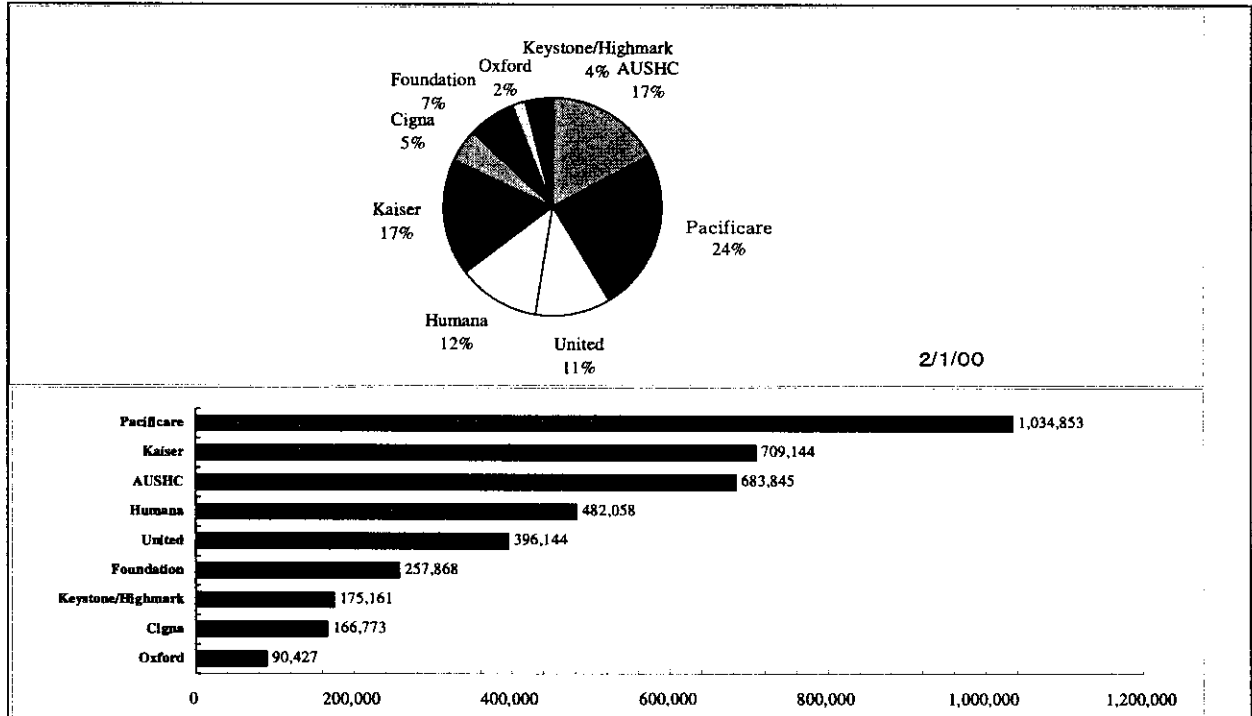


び率は低下しており、特に、1997年の財政均衡法以降は26.6%から4.8%へ急激に落ち込んでいる。このため、加入率は頭打ちの状況となっている。

図表 3-1-1 主要マネジドケア保険のメディケア受給者数



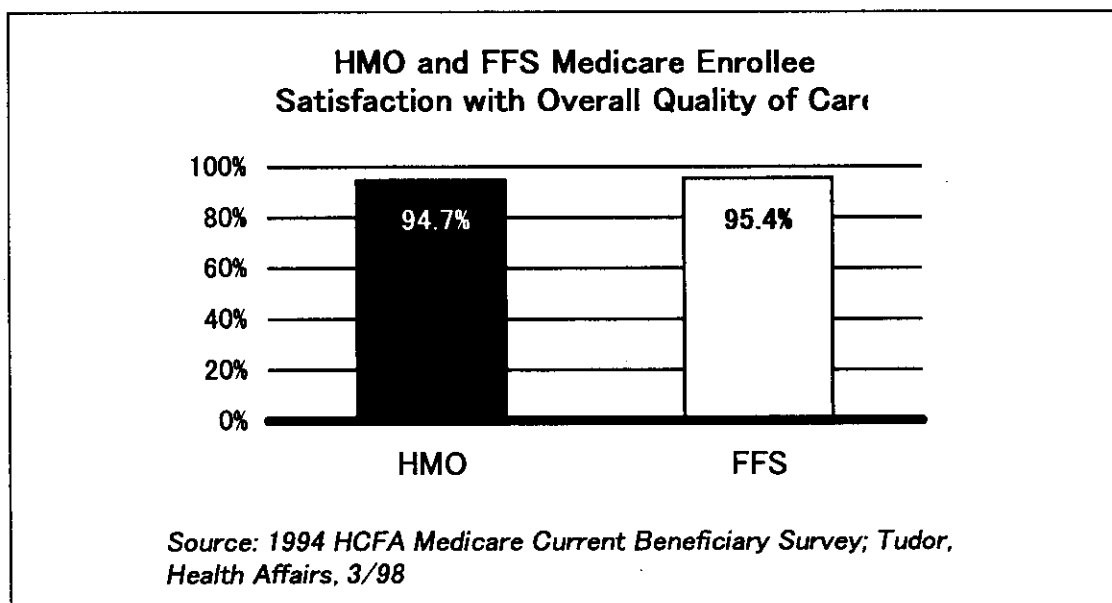
Source : AUSHC 提供資料「Medicare Overview」

## ②メディケア受給者によるマネジドケア保険の選択

メディケア・マネジドケア保険商品は州によって提供されている数が異なり、オリジナル・メディケア保険商品以外の保険商品を提供する機関がその地域に存在していることが前提となるが、メディケア受給者はオリジナル・メディケア保険商品とメディケア・マネジドケア保険商品の中から自由に選択できる。さらに、メディケア受給者がマネジドケア保険商品を選択する場合には、加入・脱退の時期は自由であり、また回数の制限も無い。しかし2002年以降からは、自由に加入・脱退できる期間は、受給者が保険商品に加入してから最初の6ヶ月間に制限され、更に2004年以降は最初の3ヶ月間となる予定であり、より制限が厳しくなる。また、現在では、雇用主が保険料を支払っている契約の場合には、異動に伴う事務管理費用節約のために何らかの異動規制を設けている場合もある。

メディケア受給者のオリジナル・メディケア保険商品とメディケア・マネジドケア保険商品に対する満足度に関しては、図表 3-1-2 の様にそれぞれの保険商品の医療の質に関するメディケア受給者の満足度を比較した場合、メディケア・マネジドケア (HMO) 保険商品の受給者の満足度が若干低くなっている。

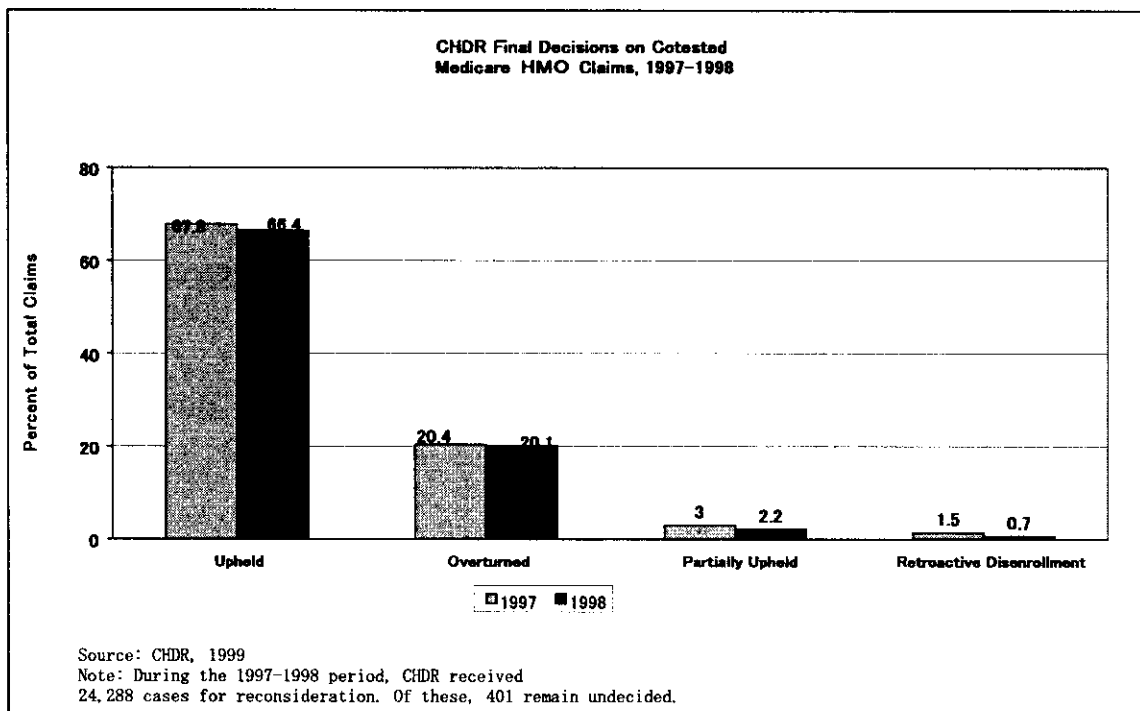
図表 3-1-2 メディケア受給者のメディケア HMO 保険商品とオリジナル・メディケア保険商品における医療の質に関する満足度の比較



③メディケア受給者の権利侵害への対応

メディケア受給者はマネジドケア保険に対して苦情がある場合、HCFA が契約をしている the Center for Health Dispute Resolution (CHDR) に対してマネジドケア保険のユーティリゼーションレビューに対する不服審査の申立てを行うことができる。しかし、不服審査の申立て件数は年間 1,000 人の受給者に対し 2 件程度の割合となっており、図表 3-1-3 のようにマネジドケア保険のユーティリゼーションレビューの決定を覆す事例は 20%程度と少なくなっている。

図表 3-1-3 CHDR の最終決定の割合



#### ④保険料

##### (a) オリジナル・メディケア保険商品の保険料

マネジドケア保険はオリジナル・メディケア保険商品に該当する給付部分に対応する保険料相当額については HCFA から人頭割の支払を受け、さらに追加給付を行う際の追加の保険料については HCFA の認可を受けた上で、加入者からの徴収が可能となっている。HCFA からの支払については、HCFA によって一方的に算定された額により支払われる。1997 年以前はオリジナル・メディケア保険商品の費用の 95% が支払われていた。しかし、1997 年の財政均衡法以降、最高前年比 2% の引き上げ、もしくは地域料金と全米料金のミックスにより算出した料金の、いずれか高い方が支払われている。更に 2000 年 1 月からは入院患者のデータにより計算されたリスク調整方式に基づく支払が適用されはじめ、2004 年には全ての支払いにおいて包括的なリスク調整方式が導入される予定である。

##### (b) 追加保険料算定方法

HCFA からの支払いに上乗せして加入者から徴収する追加保険料額は各給付内容に応じて算定しており、地域によって、また加入する保険商品のタイプによってその金額は異なるが、基本的にその保険料水準も含めて HCFA によって契約の際に承認を受けなければならない。

AUSHC の場合では、メディケア・マネジドケア保険商品において今までは保険料もゼロであったが、2000 年から保険料がゼロで済む地域や保険商品を制限する予定である。

##### (c) 追加保険料徴収方法

政府の規制および市場によって縛られているために、追加保険料の徴収は困難であり、追加保険料の徴収を行っているマネジドケア保険においても保険料徴収業務の事務コストが高いため非常に苦勞をしている。

追加保険料の具体的な徴収方法として、カイザーの事例を挙げよう。カイザーでは毎月徴収を行っており、個人から直接徴収する場合と、雇用主から支払われる場合がある。個人から徴収する方法はクーポン形式が多く、口座引落はあまり普及していないが、将来的に自動決済できるようにシステム化する計画がある。なお、未納者対策として、原則、未納者は保険給付の権利を持たない。

#### ⑤保険給付

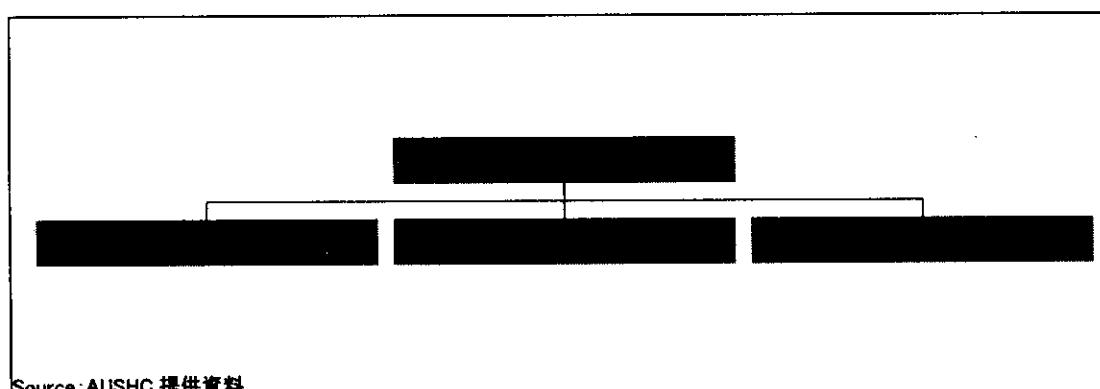
保険給付範囲においては、少なくともオリジナル・出来高払いのメディケア保険商品で提供される給付内容を含まなければならないが、一方で、出来高払いの給付内容でカバーされていないサービスを提供し、しかも妥当な保険料をその追加部分について請求することがマネジドケア保険商品には許されている。典型的なマネジドケア保険商品の場合には、出来高払いで出されているものの他にそこではカバーされていないような給付内容（外来処方薬・眼鏡・補聴器等）という上乗せ給付がある。もし、メディケア受給者がこの上乗せ給付を別の民間保険に追加加入して手に入れようとしたら、非常に高く付いてしまう。この追加保険料を払ってもより手厚い給付内容の保険を手に入れられる選択肢がある点が、メディケア・マネジドケアの魅力の1つであると言える。

### ⑥保険給付コントロール

マネジドケア保険の大半は保険給付内容のコントロールの確認手段としてユーティリゼーションマネジメントを行っており、中には AUSHC のようにフォーミュラリーリストに基づく薬剤給付管理を行っている組織もある。しかし、カイザーのように医師が診療行為や薬剤給付に対する認可をマネジドケア保険から得る必要はなく、組織内の医師グループである PMG (Permanente Medical Group) が最終決定をするケースもある。

ユーティリゼーションマネジメントを行うのはメディカルディレクターと呼ばれる専門医の資格を持った医師およびその補助的業務を行うレジスタードナースが配属された独立した組織である。例えば図表 3-1-5 のように AUSHC においては、8つの地域ごとに、メディカルディレクター、ゼネラルマネージャー、オペレーション管理マネージャーが独立した組織の長として任命されており、メディカルディレクターはユーティリゼーションマネジメントおよび医療の質に関する活動の監督業務を統括する権限を与えられている。

図表 3-1-5 AUSHC の組織概要



### ⑦予防給付、ヘルス事業

マネジドケア保険では予防給付およびヘルス事業を積極的に推進している。例えば、カイザーでは、教育プログラムとして、独自の「Health Wise」という本を加入者全員に配布している。これは、日本で言う「家庭の医学」のようなもので、疾病・けがを予防するための生活上のあらゆるアドバイスや、病気になったときの対応方法等について、詳しく分かりやすく書かれたものである。これを参考として加入者がより適切なヘルスサービスの活用を実現することが可能となる。通常であればカイザーの医師に電話で問い合わせるようなことも、まずこの本を参照する。

この「Health Wise」における2年間のパイロットプロジェクトに対する顧客満足度調査の結果によると、図表 3-1-6 のように利用度も高く、顧客満足度も比較的高い。また、医療費の支出も削減しており、2年間に渡る費用節約は、受診回数（プライマリケア、緊急・救急ケア）が6.3%減少したことにより、370万ドルと推計される。

図表 3-1-6 顧客満足度調査の結果

	1年目	2年目
本を利用した人	71%	75%
本によって自己ケアにおける自信が増したと感じる人	65%	71%
本を受け取ってからカイザーパーマネンテへの好感を増した人	58%	59%

SOURCE : カイザーへのヒアリングにより作成

#### ⑧受給者へのプロバイダーに関する情報提供

HMO型のメディケア・マネジドケア保険商品において、加入者は基本的にマネジドケア保険のネットワーク内のプロバイダーの受診のみの保険適用となる。そこで、1997年の財政均衡法により、マネジドケア保険のネットワーク内からプロバイダーが脱退した場合に加入者に対して通知することを義務づけられ、各マネジドケア保険では加入者への情報提供をおこなっている。例えば、AUSHCにおいては「Provider Termination Notices」というプロバイダーの脱退通知システムを開発している。このシステムは加入者の通知履歴は情報として登録しており、HCFAから情報提供を求められた場合対応が可能である。

この他、マネジドケア保険では加入時にも情報提供を行っている。例えば、AUSHCでは新規加入すると、歓迎のレターが送付され、その中には、メディケアのIDカードとカード入れが同封されている。カード上にはプライマリーケアのプロバイダーの電話番号が記載され、裏側には入院や救急外来にかかる際の連絡用の電話番号が記載されている。カード入れは2枚のカード用になっており、1枚はAUSHCの会員カード、もう1枚はHCFAが発行したメディケア有資格者用のカードを入れるようになっている。その他、ネットワークのプロバイダーの住所録、プライマリーケアのプロバイダーを代えたときの連絡用のハガキおよびメールオーダーの薬剤の注文書等が送付される。このプロバイダーの住所録には医師の専門分野や英語以外の語学を話すことができるかどうか等について記述されている。

カイザーにおいてもプロバイダーの住所録を加入者に提供しており、その他、問題点や疑問点があった場合の照会先や加入者の義務と権利について記載した小冊子も配布している。加入前においても電話やE-mailによりメディケア受給者はどこのプロバイダーが利用可能かどうかに関して情報収集することが可能である。



## (2) マネジドケア保険とプロバイダー（医療供給主体）との関係

### ① マネジドケア保険によるプロバイダーの選択

マネジドケア保険では契約時においてプロバイダーの選択基準があり、プロバイダーの選択と契約手続は細かい規定がある。具体的に、AUSHC とカイザーの事例を挙げて説明をすると以下のようになっている。

#### (a) AUSHC のケース

AUSHC は約 28 万人の医師のネットワークを持っており、2 年に 1 回、ネットワークへの参加資格の更新を行っている。

参加希望の医師は診療活動の概要、学歴、職歴、免許の一時停止の経験等を申込書に記入し、医師免許と専門医の認定書のコピーも併せて提出してもらう。申込書等の書面を受け取った後、ビジネスクライテリアという基準により医師を審査する。この基準はビジネス上の基準であり、例えば、AUSHC が進出しているビジネスエリアで業務を行っているか、あるいは加入者にとってふさわしいか等の基準がある。

ビジネスクライテリアの基準をクリアすると、専門医の資格に関するチェックを行い、さらにメディケア・メディケイドファンクションレポートに関するチェックについても行う。このレポートは何らかの不正（不正請求、不適切な投薬等）によりメディケア・メディケイドのサービス提供を停止されている医師を載せているもので、参加希望医師がこのレポートに載っていないかどうかのチェックを行う。

参加希望医師の中でプライマリーケアの医師、産婦人科の医師、精神科の医師、心理学のカウンセラーについては、診療所への訪問調査を行う。この訪問調査の調査項目は、患者にとってアクセスしやすい場所であるのか、外観、スペース、予約状況、カルテの保管方法等である。

最後にパフォーマンスコミッティーという委員会（委員は医師）において参加希望医師がネットワークに参加させるのにふさわしいかどうかについて決定を下す。なお、この委員会はピアレビュー法によって保護されており、委員会における議論が外に漏れることを防いでいる。

一方、施設に対する審査については、医師の審査に対するほど厳しくはない。審査項目としては、連邦政府や州政府との間に問題が無いかどうか、ファンクションレポートの懲罰リストに載っていたかどうか、JCAHO 等の認定機関から認定をうけているかどうか等の項目がある。ただし、認定機関の認定をうけることができない地方のプロバイダーは AUSHC 独自の評価認定を受けることができる。

(b) カイザーのケース

カイザーの場合は PMG (Permanente Medical Group) という組織内の医師グループが医療サービスを提供しており、以下の基準により医師を審査している。また、またカイザーは全国で 28 の病院を所有しているが、それ以外には個別の契約を行っている。その際最低限の基準として JCAHO の認定が必要であり、それ以外にも州の認定はあるか、認可取り消しになるような問題は無かったか等が審査される。PMG とカイザー所有の病院は基本的にカイザー加入者だけを対象としている。一方契約に基づく病院はもちろんオープンではあるが、その中でも PMG が直接契約している医師ができるだけカイザーの患者を診療するようにしている。

<審査される一般的な基準／領域>

- A. プライマリ認可施設等の病院における専門医の資格
- B. 有効な薬剤処方代理店証明書  
(一定の管理された薬剤の処方を認可するために連邦政府によって発行される証明書。)
- C. 教育・訓練歴
- D. 委員会資格認定状況する有罪判決、犯罪  
(一部の PMG では、契約時には委員会の資格を必要としないが、PMG に加入した医師に対して委員会の資格の取得が要求される。)
- E. 5 年の職歴
- F. 現行の適切な医療過誤保険の根拠  
(各 PMG はどの保障水準が適切かを設定している。これは専門性によって大きく異なる。)
- G. 損害賠償の支払いの履歴  
(各 PMG は損害賠償として受け入れ不可能な金額の基準を設定している。この基準は、PMG 内で同様に認定された医療供給者の損害賠償履歴か、あるいは専門委員会によって会員の医療供給者に設定されている全国基準に基づき設定されている。)
- H. 専門医の資格の喪失や制限あるいは懲戒事項の履歴
- I. 法律違反等の関連訴訟に関する情報の開示
- J. 直近 12 ヶ月間等、ある特定期間内の薬剤の違法使用に関する情報の開示
- K. メディケア・メディケイドプログラムの処罰に関する情報の開示

上記の基準による審査をクリアすると、応募者によって作成された診療記録が、PMG と KFHP パートナーによって作られた最低限の基準を満たすことを確認できるかについて審査され、これをクリアすると契約となる。契約後においても、医師はそのポジションの本来の役割を果たすためにこの基準を満たしているという証拠を PMG に報告しなければならない。

## ②プロバイダーに対する診療報酬等の契約内容および支払

プロバイダーとの契約内容は各マネジドケア保険においてそれぞれ異なっているが、マネジドケア保険特有のギャグ・ルール（さるぐつわ条項）と呼ばれる条項が含まれていることが多かった。この条項は契約した医師はそのマネジドケア保険に対する批判を患者に対して話すことを禁じるというものである。しかし、最近のマネジドケア保険に対する規制により、ギャグ・ルールを契約の条項からはずすマネジドケア保険が増えてきた。例えば、AUSHC へのヒアリングによると、以下の様になっている。

契約の中には患者保護の規定として AUSHC の質の改善やユティリゼーションマネジメントに参加し、患者の治療の際にこれらを遵守することが規定されている。さらに、プロバイダーは患者の代弁者として活動することに制約を設けない、患者のニーズに対して医療情報を与えることに制限を設けない、専門職としての業務を遂行することなどが規定されている。

契約にはその他にネットワークを活用する要件が入っている。これは AUSHC のネットワーク内のプロバイダー同士で患者の紹介を行うことである。AUSHC がカバーしているサービスにおいて患者に対する追加請求の禁止、1 日 24 時間サービスを提供できる体制の有無、専門医としての免許、資格の更新、訴訟（訴えられた時）の際の通知等の契約条項がある。

診療報酬の支払に関する契約条項は各マネジドケア保険により異なる。例えば、AUSHC は大半のプロバイダーとの間でオールプロダクトコントラクト（HMO、PPO、POS、出来高払い等のすべての保険商品に対する全包括契約）という契約を結んでおり、ケースバイケースにより人頭払い、出来高払いによる支払が行われる。また、カイザーでは、PMG への支払を毎年人頭払い費用に基づきグループ全体に対する包括支払によって行っている。更にそこから個別の医師への支払いは、診療内容には係わらず、給料とそれに上乗せされるインセンティブが支払われる。これらは、患者満足度、入院費用の管理状況、フォーミュラリーの遵守状況等が加味されて決定される。

## ③診療内容および報酬の審査

マネジドケア保険では、診療行為に関しては診療ガイドラインに基づくユティリゼーションレビューを行っており、また薬剤については薬剤フォーミュラリーリストに基づく薬剤給付管理を行っている。ただし、カイザーの様に同一組織内の PMG に対しては個別診療内容に関する審査は行わない場合がある。これはグループプラクティス契約に基づいて、PMG 自ら医療の質に関する管理、ユティリゼーションレビューを行っているからである。

#### ④医療供給、危険選択に関する情報収集

医療供給に関する情報収集の方法としては、基本的には医療機関が提出する書面に基づく情報（メディケア・メディケイドファンクションレポートも含む）によるが、不足する情報があれば訪問調査により情報を収集する。また、患者に受診後調査票を送付し、情報のフィードバックを受け、個別の医師や診療内容に関する満足度等を調査している。

### (3) マネジドケア保険と HCFA との関係

#### ①HCFA からのマネジドケア保険への支払

メディケアではその地域でマネジドケア保険商品が提供されている場合は、マネジドケア保険商品を選択することが可能であり、現在約 17%のメディケア受給者がそれを選んでいる。マネジドケアの議論の中で、マネジドケア保険商品はケアの管理をするのだから、入院を減らす等プログラムにとって非常に節約になると言われている。しかしその一方で、マネジドケア保険商品に対してメディケアから平均的な健康度の人に応じて人頭払いがされており、マネジドケア保険商品は平均より健康な人を選んで保険商品に加入させることによりサービスを少なく済ませてその分を収入としてしまい、結局プログラムの費用節約にはならないと言う逆の議論もある

こうした問題点を一部是正しようという試みとして、前述のとおり 2000 年 1 月から新しい支払モデルが導入された。これまでの支払モデルは人口動態的な特徴（年齢、性別、施設の状況）のみで支払われているが、新しいモデルは過去のサービス利用状況に基づいて支払いを行う。つまり、加入者毎に、以前の健康状態の情報に基づいて、つまりサービスの利用 (Utilization) の履歴に基づいて将来の支出を予測し、マネジドケア保険商品に対してより適正な料金を支払っていくというやり方である。この方式に対応するために例えば、AUSHC においては「Impatient Encounter Reporting」というコンピュータシステムにより HCFA に履歴情報の提供を行っている。このシステムは入院患者受診情報を作成するシステムであり、メディケアの入院の請求情報を抽出して、UB-92 と呼ばれる形式でデータを転送する。HCFA はこのデータのデータチェックを行い、エラーデータ (AUSHC のエラー率は 8%) については処理を行わずに転送してしまう。このため、AUSHC ではデータを訂正した後、再送しないと支払を受けることができない。

#### ②HCFA とマネジドケア保険との契約手続

HCFA とマネジドケア保険商品は 1 年更新で契約している。毎年 3 月 1 日にマネジドケア業界に対して、翌年の契約年度におけるマネジドケア保険商品への支払額を発表する。その数字に基づいて、更新を希望するマネジドケア保険商品は、これまでの契約より給付内容を増やしたり自己負担額を切り下げる等の翌年の保険商品内容を練る。その上で、7 月 1 日までに HCFA に更新の申出し、委託契約の調印を行う。この契約の際のマネジドケア保険商品が満たすべき要件や提供すべき情報はかなり多い。そして契約と同時に、保険商品内容の説明書（給付内容等）を提出する。保険商品内容を提出後 2 ヶ月（8 週間）間に、HCFA は個々の内容を審査し、承認を行う。

### ③マネジドケア保険のメディケアへの参入のインセンティブ

マネジドケア保険のメディケアへの参入のインセンティブとしては、一般的には①安定した収益の確保②規模拡大メリットの追求③信用力の増大④顧客サービスの向上等が挙げられる。例えば、カイザーにおいては企業の退職者の医療保険をカバーしている多くの雇用主を、カイザーの民間市場で多く抱えているため、退職者向け、つまりメディケア受給者向けの商品を提供することが強みとなる。実際に、カイザーは他社に比べて雇用主を通じてメディケア保険を給付している割合が高く、一般のマネジドケア保険の約 30%に対してメディケア受給者の半数近くが雇用主グループによって医療保険を提供されている。さらに、カイザーはそもそも連邦政府との関係が非常に密接であり、今後も HCFA やメディケアとの関係を維持することも非常に重要で政府への影響力を持って操縦することを希望している。また、数年前まではこの分野でも収益を出せると想定していた。

しかし、1997 年の財政均衡法以降、医療費の年率 6~7%の伸び率に対する HCHA からの支払は年率 2%の伸び率程度であり、この影響により、マネジドケア保険の中には財政状況が悪化しメディケア事業から撤退をする組織が出てきた。このことはメディケア・マネジドケアにおける最大の問題点、課題であり、詳細については次章で述べることとする。

#### 4. 米国メディケアにおける保険者機能の問題点・課題

第2・3章では、保険者機能との係わりにおいて米国メディケアにおける HCFA やマネジドケア保険の役割・機能・仕組みなどについて述べてきた。本章では、近年のメディケア改革や改革提案に関する議論の中から、メディケアという制度自体の問題点・課題、特にメディケアにおける保険者機能の問題点・課題を見出すこととする。具体的には、メディケアの抜本的改革の口火を切ったと言える1997年財政均衡法によるメディケア改革、同法によって創設されたメディケア国民超党派委員会での議論に基づくブロー／トーマス提案、それが採択されなかったために代案として打ち出されたクリントン提案、の3つを取り上げる。それぞれの改革・提案内容の概要と、それに対する評価・反応などをまとめ、それを踏まえて、メディケアにおける保険者機能の問題点・課題を探っていきたい。

##### (1) 1997年財政均衡法による改革

1997年財政均衡法とは、2002年までに政府の財政赤字解消を目指すための法律で、1997年8月クリントン大統領が署名して発効した。その中でメディケアの財政破綻を当分の間回避するため、メディケアに下記のような改革が導入された。

##### ①改革の主な内容

###### (a) メディケア+チョイスの導入

加入者の選択の幅を広げ、民間保険に委託することで過剰診療や不正請求をマネジドケア保険の活用によって排除し、財政支出を削減しようという目的で、改革の柱として導入されたのが、メディケア+チョイスである。具体的には、HCFAからの保険給付に関する民間委託先が、HMOだけでなく、PPOやPOSをはじめとする様々なマネジドケア保険に拡大されることとなった。また同時に、メディケア支出の削減とメディケア信託基金の持続を図るため、マネジドケア保険に対するHCFAからの人头割支払額の上昇率を1998年以降抑制すると共に、疾病履歴データに基づくリスク調整方式を2000年1月1日から5年間にわたって段階的に導入することとした。

###### (b) 病院に対する償還水準引き下げ

病院に対するDRG/PPSに基づく償還額の改定率を1998年度はゼロ、それ以降も引き続き抑制することにより、5年間で約170億ドルの支出削減を見込んだ。同時に病院の資本費用に対する償還水準も17.7%引き下げ、これによる支出削減額は同じく5年間で約53億ドルと見込んだ。

###### (c) 不正請求の取締り強化

メディケアでの過剰診療や不正請求の一層の取締り強化を図るため、医療機関などが3回にわたり不正を行った場合には永久にメディケアへの参加ができないとする措置を導入し

た。こうした不正請求や無駄の排除によって5年間で約307億ドルの支出削減を見込んだ。

#### (d) 予防給付の拡大

これまでのインフルエンザや肺炎の予防接種などに加え、新たに毎年の乳ガン検診、前立腺ガン検診、直腸ガン検診、骨密度測定などが追加された。(図2-2-9参照)

### ②改革による影響

財政問題は落ち着いたが、あくまでも短期的な効果に過ぎないというのが全般的な評価である。また改革によって導入されたメディケア+チョイスの運営も、財政状況の悪化から難航している。そして、メディケア運営に係わる他の問題のほとんどは、同法により設立された有識者17名からなる「国民超党派委員会」と呼ばれるメディケア近代化のための改革案検討委員会に委ねられた。

#### (a) 財政削減効果

メディケア支出合計は1998年の実績は約2134億ドル、1999年には約2119億ドルで、1999年は当初の見込み約2188億ドルを大幅に下回り、更に前年実績をも下回った。これはメディケア創設以来はじめてのことであるが、その理由としては、1997年財政均衡法による各種支出抑制の効果、不正乱用防止活動の効果などが挙げられる。このように確かに医療費支出の劇的スローダウンをもたらし、財政問題は一段落ついてはいるが、いずれも一時的な効果に過ぎず、メディケアの抜本的な問題の解消が急務であるとされている。

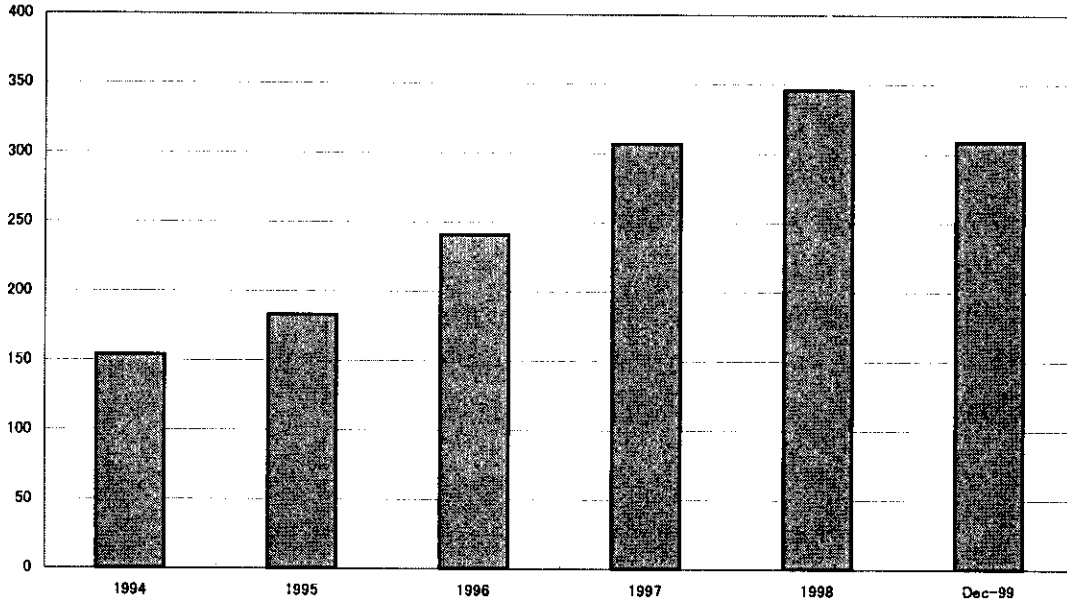
#### (b) メディケア+チョイスの財政状況の悪化

メディケア受給者でマネジドケア保険に加入している者は、1997年7月現在で約550万人(全体の14%程度)であったが、当初の予測ではこれを5年間で930万人(全体の25%程度)にまで増やし、それにより200億ドルの支払い削減を見込んでいた。しかしながら現実には、脱退する加入者や撤退するマネジドケア保険が目につく状況であり、予想に反して選択があまり進んでいない。図表4-1-1のように1999年はメディケア・マネジドケア保険商品の契約数が減少している。またメディケア・マネジドケア保険加入者数の伸び率は図表4-1-2のように、特に1997年財政均衡法以降の伸び率が26.6%から16.2%、更に4.8%へ急激に落ち込んでおり、全メディケア受給者に占めるメディケア・マネジドケア保険加入率も1999年時点で16.7%にとどまっている。マネジドケア保険が撤退する要因としてはHCFAからの支払が不十分であること、規制を遵守するコストが大きいこと、刑事罰を含むほど処罰が厳しいこと、マーケットにおける敗退等によるものと考えられる。この中でも特にマネジドケア保険側が指摘するのは、HCFAからの支払が不十分であることである。大半のマネジドケア保険はこれまでの「被保険者が比較的少額の自己負担でより良い医療サービスを受給できる」という被保険者のメリットを放棄せざるを得ない状況となっている。



図表 4-1-1 メディケア・マネジドケア保険の契約数

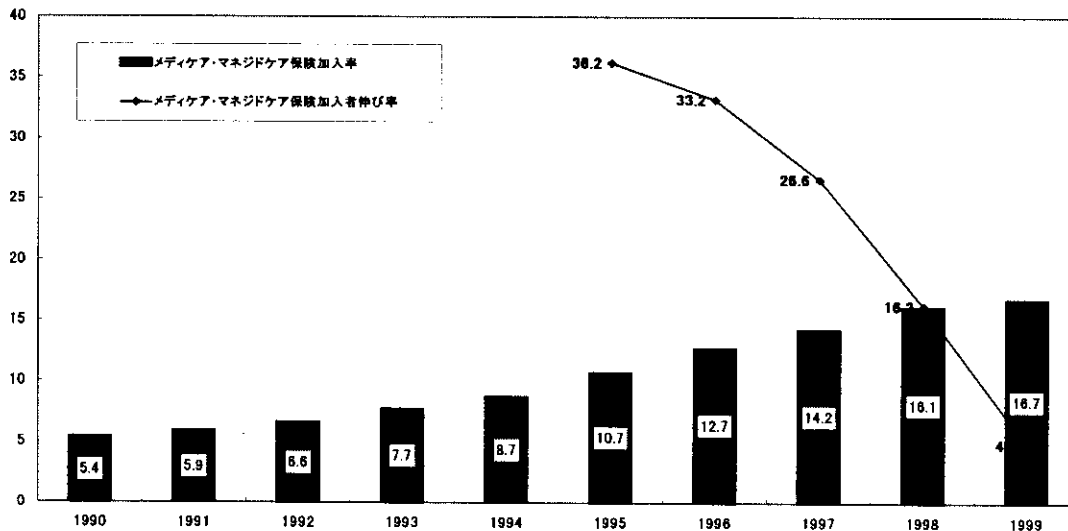
Medicare+Choice Plan Participation, by Number of Contracts, 1994-1999



Source: HCFA, Medicare Managed Care Contract Reports

図表 4-1-2 メディケア・マネジドケア保険加入率と伸び率

Medicare+Choice (risk) Plan Enrollment



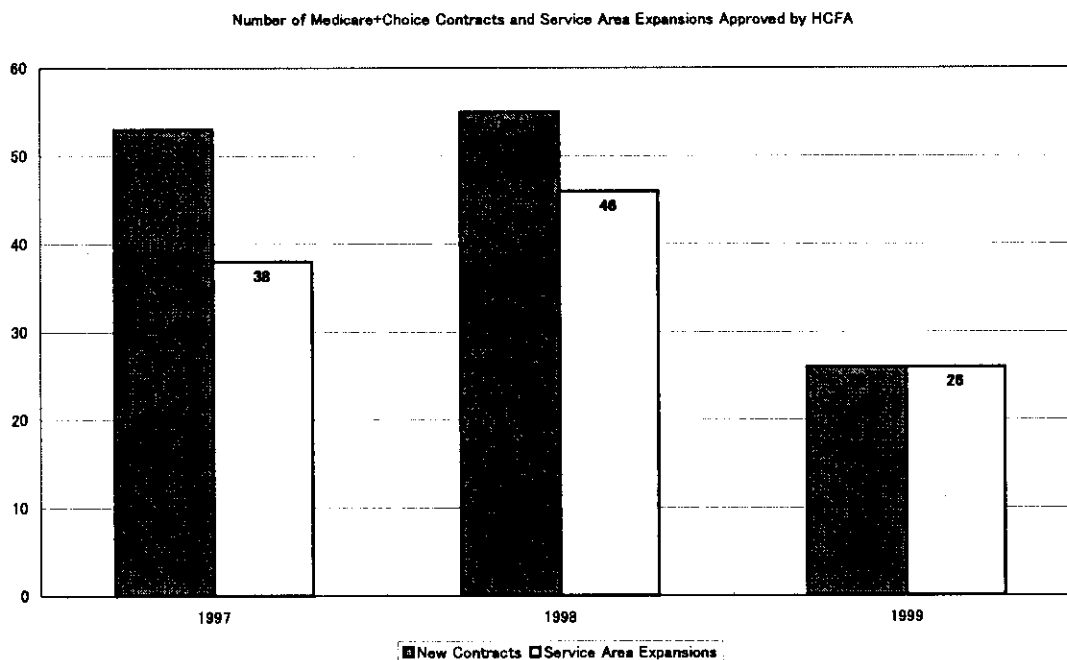
Source: AAHP, PPRC Analysis of HCFA Medicare Managed Care Contract Reports

更には、撤退だけではなく、新規にメディケア事業へ参入するマネジドケア保険も減少している。1999年には、図表 4-1-3 の様に、新たにメディケア事業に参入したマネジドケア

保険や他の地域へメディケア事業を拡大したマネジドケア保険の数は前年と比較すると大きく減っている。

メディケア・マネジドケア保険における HCFA からマネジドケア保険への支払額（マネジドケア保険の収入額）は、1997 年以前は人口動態的な情報に基づく AAPCC Formula という公式により計算された額により支払われていた。しかし財政均衡法成立以降、支払額の伸び率が抑制されたために、採算性が悪化した。その結果、メディケア事業を行っているマネジドケア保険は、金融市場から低い評価を受けているのが現状である。非営利最大手のカイザーでも、メディケアにおける利益を民間市場と同じ水準に持っていくことを最終目標としているが、なかなか達成できない。なぜなら、民間市場ではマネジドケア保険が雇用主から徴収する保険料額と給付を自ら決定することができるが、メディケアからの支払額や給付は行政の管轄下にあるため、ある一定の利潤を追求する商品設計を独自に行えないという根本的な問題が立ちはだかっているからである。

図表 4-1-3 HCFA に認可されたメディケア+チョイスの契約数とサービス地域への拡張数



Source: HCFA, Medicare Managed Care Contract Reports

このようなマネジドケア保険の苦境から、それまでに比べてメディケア・マネジドケア保険商品の魅力が低下し、その結果加入者レベルにおいても、新規加入者の減少や脱退者の増加がもたらされているのである。

## (2) メディケア国民超党派委員会委員長ブロー上院議員による改革案

メディケア国民超党派委員会とは、1997年の財政均衡法により、メディケアの将来的な財政予測に基づき、抜本的な改革案を作成するために構成された組織である。この委員会委員長がブロー上院議員であり、彼を中心としてまとめられた改革案がブロー／トーマス提案<sup>9)</sup>である。その内容については、本報告書第2部第11章「米国マネジドケアと保険者機能の強化」で詳しく説明されているため、ここでは、委員長ブロー上院議員の政策スタッフであるウォルター立法部長からのヒアリング内容に基づき、そのポイントを示すこととする。

### ①メディケア改革の必要性

メディケア改革の必要性として、ブロー上院議員は主に3つの要因を挙げている。

第1に、メディケアは1965年に創設され、外来薬剤給付や新薬・新技術へのアクセスが制限されているなどの時代遅れの給付を行っており、その結果高齢者医療費の53%しかカバーしていない不十分な医療保険制度と言えるためである。

第2に、メディケア運営に関する100,000ページ超の規定が示すとおり、現行では議会やHCFAによって詳細に規制されており、しかも地域毎に異なる価格体系が用いられているなど、非常に複雑な制度となっているためである。

第3に、米国のベビーブーマーがメディケアの対象となる2010年には、メディケア受給者数は7,700万人超となることが予想されているためである。1992年からパートAが財政赤字に陥ったが、1997年財政均衡法が効果を発揮したとしても2007年までに過ぎず、このままでは2008年には破綻することが予想されている<sup>9)</sup>。例えばメディケアパートAで、メディケア受給者1人分の費用を賄うための給与税を負担する現役労働者数を比較してみると、1960年には現役労働者4.5人で受給者1人を支えていた状況が、2020年には2.8人にまで減少するという推計が出されている。

### ②提案内容

改革の概要は、現在政府が管理している価格体系を変更し、メディケア・マネジドケア保険が提供する保険商品とHCFAが提供する出来高払い保険商品とを、価格・給付内容・質によって競争させる総合的な給付体系を目指すというものである。そして、メディケアボードという組織を厚生省の外部に新たに設立し、メディケア・マネジドケア保険及びHCFAが提供する保険商品の監督を行うこととしている。

給付保険商品は、現在メディケアで提供されている給付内容を最低限確保し、それ以外は各マネジドケア保険の創意工夫が発揮できるよう、給付内容と保険料の設計に一定の柔軟性を認め、メディケアボードとの交渉によって承認を得ることとしている。

この制度はプレミアムサポートシステムと呼ばれ、マネジドケア保険が独自に保険料を設定することが可能となるような保険料入札制度の導入が柱となっている。メディケアボードがその加重平均を計算し、原則としてその加重平均保険料の 12%を加入者が負担し、残りの 88%を政府が負担するという仕組みとなっている。但し、各マネジドケア保険が設定した保険料がその加重平均を超過する場合は受給者自身が自己負担することとなり、逆に安い保険料であれば自己負担が安く済む。

更に財源面についても、現在はパート A とパート B に分かれているメディケア信託基金の統合によって、支払い能力の明確化も目指している。統合された信託基金全体に占める一般税収割合が 40%を超過したときには、給与税の引き上げなど連邦議会による対応策が求められることとしている。

メディケアボードの役割は、上記のような保険料の交渉や保険料の計算以外にも、質の標準の確保、給付パッケージの承認、逆選択に対する安全装置としての役割、受給者への情報提供とされている。以上のような一連の改革は、これまで HCFA が担ってきた行政（レフリー）としての機能をメディケアボードに移管し、保険者（プレイヤー）としての機能を強化することにより、HCFA の適応性・柔軟性を増すことを目的としている。

### ③提案に対する反応

最終的に一定数の賛成が得られず、ブロー／トーマス提案の採択には至らなかったが、メディケアの問題点の整理・分析を行ってメディケアの問題点を浮き彫りにし、それに対する革新的な改革案を提示したという点は、評価されるべきであろう。ブロー／トーマス提案が棚上げとなってしまった要因は、次のような点にある。

#### (a) 保険者間の競争による費用削減効果の実現可能性及び患者保護の検討

市場原理の導入によって費用削減が本当に実現するのかという点に議論が集中した。ブロー／トーマス提案では具体的な費用削減予測が示されたが、それはプレミアムサポートによるものではなく、むしろ支給開始年齢の引き上げによる部分が大きいのではないかとの疑問が出された。また、競争原理の導入によって、現行のメディケア+チョイスでも問題となったように健康上の理由によるクリームスキミングが発生し、結局は不平等な制度を助長してしまうとの懸念もあった。

#### (b) 不十分な外来処方薬の給付

当初ブロー／トーマス提案では外来処方薬の給付は財政的に非現実的であるとして盛り込まれていなかった。クリントン大統領による強い反対が示されたのがこの点であり、修正案では、受給者がスタンダード保険商品とハイオプション保険商品の 2 つから選択ができ、前者は現行メディケアの給付内容、後者はスタンダード保険商品に 800 ドルの外来処方薬とストックカバレッジ (2,000 ドルの高額薬剤費を超える部分をカバーする給付) の給付を含めた内容となっている。いずれにしても、受給者全体を対象とした薬剤給付制度の創設が必須であるとするクリントン大統領の認識とのずれが残る内容であった。