

NMEPに出資することに反対した。なぜなら NMEP は、案は 20%以下のメディケア受給者を登録しているにすぎないこと、また特定の M+C プログラムに関する情報に加えて、メディケアに関する一般的な情報も NMEP が提供しているからである。この感知できる不平等に対処するため、BBRA は、ある年に集められる利用者手数料の合計は、M+C 案に加入しているメディケア受給者の割合に 1 億ドルを掛け合わせた額と等しくする、と明記した。2001 会計年度において、例えば、BBRA の基本原則によって、CMS は約 1700 万ドルを利用者手数料から集めることができる。

NMEP の活動を縮小することなく、年間の利用者手数料歳入における約 780 万ドルの損失を調整するため、HCFA のメディケア運営予算の大部分は NMEP へと振り向けなければならなかった。³⁴ 2001 会計年度において、12 億ドルのメディケア運営予算のうち 5410 万ドルは、NMEP を支援するために用いられ、この額は以前の年間平均である 2020 万ドルの二倍である。2001 会計年度において、利用者手数料歳入の削減の影響は、部分的に、NMEP の口座の黒字分によって相殺された。CMS は、以前に集められたが使われなかった利用者手数料のうち 1550 万ドルを振り出すことができるが、以前に集められた利用者手数料 2500 万ドルは、印刷代に割り当てられ、以前に資金調達された事業管理資金のうち 560 万ドルは、郵便料金の口座で保持された。したがって、削減の全体的な影響は、2002 会計年度までは明らかではないだろう。そして 2002 年には、CMS は付加的な 4610 万ドルもの事業体予算を、従来の支出水準を維持するために NMEP へ振り向けるか、NMEP の活動を縮小しなければならない。

受給者と NMEP に対する案の反応

受給者と受給者支持団体は、一般的に NMEP の主要な活動を評価している。M+C 案を代表している産業の職員は、NMEP に対してまちまちの反応を持っている。メディケアの電話相談窓口は、受給者と M+C 案から好意的に見られている。受給者支持者と産業の代表者は両方とも、メディケア・ハンドブックは改善しおそらく短くできるだろうと言った。産業の職員はメディケアのインターネット・サイトとコミュニティーを超えた活動についても懸念を表明している。全体的にみて、受給者支持者は、NMEP に対する最近の支出水準——受給者一人あたり約 3 ドル——は適当ではなく、より多くの比較的情報が利用可能となるべきであると考えていた。産業の職員は、NMEP は M+C プログラムをもっと強調すべきであり、M+C 案は、NMEP の構想と活動により多くの意見を取り込むべきであると信じている。

較的情報に関する費用をカバーするために割り当てられていた。

³⁴ メディケア運営予算は、メディケア支払い請求を処理する契約者に支払うこと、照会に応じること、抗議を処理することのために用いられる。さもなければ、運送業者や仲介業者によって取り扱われる事業体運営を支援するために用いられる。

メディケア電話相談窓口に対する反応

電話相談窓口に関する、HCFA が出資した調査によると、大部分の受給者はそのサービスについて満足していることがわかる。調査対象となった電話をかけた人のうちの約 84 パーセントが、彼らが受けた回答に対して満足もしくは大変満足していた。約 11 パーセントの人が、不満足もしくは非常に不満足であると指摘した。残る 5% は、満足でもないが不満足でもない、もしくは無回答であった。

受給者支持団体によると、電話相談窓口はメディケアの人々に最も身近な情報源になりつつある。これらの団体は、電話相談窓口は価値のあるものであると信じている。なぜなら電話相談窓口は、大部分のメディケアに関する質問に応えることができる一つの情報資源を受給者に提供するからである。アーサー・アンダーセンによる、電話相談窓口のパフォーマンスに関する評価によると、CRS への電話の 95 パーセントが、正確に回答されもしくは適切に照会された。³⁵ 産業界の代表も、電話相談窓口は貴重なサービスを提供していることについて意見を同じくしている。彼らは単一で受給者が覚えやすい電話番号も好んでいる。

メディケア・ハンドブックに対する反応

HCFA によって資金援助された、受給者フォーカスグループの調査によると、受給者は一般的にメディケア・ハンドブックが好きであり、彼らがそれを読んだときには有益であると思っている。フォーカスグループの参加者は、ハンドブックは包括的で分かりやすく、良い参照書であるといった。『メディケアとあなた』のある版も含まれる調査に回答した大部分の受給者は、2000 年版ハンドブックは読み易く、彼らが探していた情報が載っていると述べた。しかし、フォーカスグループの調査は、受給者はめったにガイドブックを読まないが、そのかわりに電話相談窓口と似たような方法でそれを使っていることを示唆した。つまり、大部分の受給者はハンドブックを取っておき、個人的な環境の変化や健康状態の変化によって彼らが情報を求めることが促されたときにのみ、参照するのだ。

受給者支持団体は我々に、メディケア・ハンドブックは NMEP に必要な要素であるが、最新版は改善されうると言った。ある団体は、ハンドブックは受給者を混乱させるものであり、需給者が情報に基づいた選択を下すための、利用可能な M+C 案に関する十分な比較的情報を含んでいないと考えた。一つの団体は、ハンドブックは少ない主要なメッセージを強調するために凝縮すべきであると言った。その団体は、ハンドブックはより多くの言語に訳されるべきであると信じている。(HCFA は、英語版とスペイン語版を出版している。)

4 つの主要な NMEP の情報経路のうち、メディケア・ハンドブックは産業経営者の代表

³⁵ アーサー・アンダーセンによる評価は、2000 年 10 月に受けた電話のサンプルがもとになっている。

者からもっとも否定的な反応を受けた。ある産業団体は、ハンドブックは、旧来のメディケアを過剰に強調し、M+C案についての情報は付け足し程度として加えればいように見えた、と述べた。この団体からの代表者は、毎年出される成文書はNMEPの必要な要素であると述べたが、現在の形態のハンドブックは、選択について受給者を教育するためのメカニズムとしては適切ではないと感じた。他の産業団体は、ハンドブックの長さによって、受給者がそれを読みメディケアの選択について学ぼうとする気持ちを失っていると述べた。

メディケアのインターネット・サイトに対する反応

受給者支持団体は、メディケアのインターネット・サイトは、良い情報源であると信じている。しかし、受給者自身ではなく、支持団体や受給者の家族がサイトの主な利用者であると付け加えた。誰がそのサイトを利用しているかを示すデータはないにもかかわらず、ここ数年間でインターネットにアクセスする受給者の数はかなり増えてきている。CMSが毎年行っている、メディケアの現在の受給者調査(MCBS)によると、2000年には受給者の31パーセントがインターネットにアクセスし、これは1999年の10パーセントから増加している。³⁶ メディケアのサイトを利用した人々のうち、85%がとて、あるいは多少役に立ったと思った。

産業界の代表者は、インターネット上でM+C案に関する情報を利用可能するという考えを価値あるものであると述べているにもかかわらず、彼らはメディケア健康案比較ページに載っている一部の情報に非常な憤りを表した。特に代表者は、CMSが、案の給付パッケージについての記述をメディケア健康案比較ページのために標準化した言語に訳していることが、時々受給者を混乱させようと懸念している。

コミュニティー・アウトリーチに対する反応

受給者支持団体からの代表者は、地域的な教育はNMEPの本質的な要素であると述べ、一般的にREACHに対して好意的な意見を表明している。彼らはSHIPsの仕事について最も肯定的である。代表者は、大部分のSHIPsのアウトリーチ活動が一对一の性質であることは、多くの受給者に好まれる学習方法であると述べた。その代表者は、コミュニティー・アウトリーチは費用がかかることを理解したが、これらの活動にとって、多くの満たされない要求があると述べた。我々がインタビューしたすべての3つの受給者支持団体は、地域のコミュニティー・アウトリーチが、多くのメディケア受給者の役に立たなくても、それは役に立っており、大変よく機能しているという点で意見が一致した。

産業界の代表は、HCFAは大抵地域の教育活動もしくはにおいてM+C案を含まなかったか、地域のイベントでM+C案について知らせなかったと述べた。結果的に、M+C案は時々、NMEPメディア・キャンペーンの後の、受給者からの電話での問い合わせの多さに準備で

³⁶ MCBSは1998年の調査においてこの質問を含めなかった。

きていなかった。

NMEP の今後の課題

最初の 3 年間にわたって NMEP に焦点があてられていたのは、より多くの情報が受給者に利用可能になるためであった。大部分の HCFA の調査と実施努力は、義務付けられた情報経路——メディケア・ハンドブック、電話相談窓口、インターネット・サイト、地域の教育事業——を改善することと、それらの経路を通じて利用可能となる情報の内容の改善に集中していた。これらの活動は、受給者が選択する準備をする助けとなった。しかし、HCFA が主催した調査によると、NMEP は受給者が彼らのメディケアについての選択肢を積極的に考えることを促すための新しい教育戦略を採択する必要があるかもしれないことを示している。

2001 年秋から始まったが、旧来の FFS プログラムの代替案となる M+C 健康案が彼らの地域でも利用可能であることを受給者に気づかせることと、それぞれの選択肢とその意味を受給者が理解することがより重要になってくるだろう。BBA が要求しているように、メディケアは現在 11 月に年に一度の登録期間を設けており、その時に受給者は FFS プログラムもしくは特定の M+C 案を翌年度のために選ぶことができる。その期間に違った選択を特定化しなかった受給者は、その FFS プログラムもしくは彼らの M+C 案にとどまるだろう。受給者は、登録期間外に選択を変更する機会を厳しく制限され、この制限は‘閉じ込め’として知られている。

NMEP への変化は積極的で情報に基づいた選択を促すことを示すかもしれないにもかかわらず、CMS は情報キャンペーンのある一定の側面を変える能力を制限されている。BBA の規定は、存在している多くの NMEP 活動の内容と時期を特定している。これらの活動を変えることは、規定の修正が必要とされる。それに加えて、毎年の短い時間枠のために、事業者が登録期間より前に比較的な情報を集め配布する能力が阻まれている。

最近、CMS はこの秋に予定されていた NMEP 活動の変更を発表した。事業者は、M+C の認知度を高めるために、3000 万ドルの広告キャンペーンを企画し、メディケア事業における近年の変更に着手するだろう。CMS はまた、BBRA に規定されている 6 月の締め切りの代わりに、2001 年 9 月 17 日までに、2002 年の契約年度に関する給付パッケージの提案を案が提出してもよいとも、発表した。この延長は、M+C プログラムに案が加入することを促すことを目的としている。しかし、その延長によって、CMS と案の両方が、11 月の一年に一度の登録期間が始まる前に、受給者に情報を配布することができなくなるだろう。この遅れによる受給者への影響を最小化することを助けるため、事業者はまた、2001 年 12 月まで登録期間を延長すると発表した。

積極的で情報に基づいた選択を促すこと

現在のところ、HCFA は存在している活動を高め微調整することで NMEP を改善してい

る。NMEP の最初の 3 年間は、事業体はハンドブック、電話相談窓口、インターネット・サイトを通じて利用可能な比較的情報の量を増やした。また、ある情報の体裁もよりよくした。例えば、フォーカスグループの発見と文筆の専門家からのコメントに応じて、HCFA は、活字面のサイズを大きくし、テキストを囲む白紙の部分を増やすことで、受給者が読みやすいようにした。調査情報をより簡単にするために、HCFA はハンドブックの目次を拡張し、電話番号の項目には色のラベルを加えた。事業体は、フォーカスグループが混乱させると見なしたハンドブックのある部分を変えた。HCFA はまた、NMEP の費用を制限するために効率性を追求した。例えば、CSR が受けた質問の種類を評価し、自動メニューを通じて利用可能な情報を変更するために、その調査結果を使った。その結果、自動メニューを通じて処理される電話件数が、20 パーセントから 40 パーセントへ増加した。CSR を必要としない電話はかなり安いので、これらの行動は電話相談窓口の費用を抑えることに助かった。

HCFA は最近、NMEP により実質的な変化を迫りうるような、代替的な教育戦略を調査しはじめた。調査は、NMEP は主としてすでにメディケアの適用範囲の選択肢を検討しはじめている少数の受給者を助けている、と示唆した。比較的情報と改善された情報へのアクセスによって、それらの受給者はより情報に基づいた決定を下せるようになるだろう。しかし NMEP は、意識的に現在のメディケアの取決めを調べ直し、その他の方がいいかどうかを検討するように、大部分の受給者が行動を起こせるようにはなっていなかった。マーケティング活動を通じて、健康案は受給者がそのような意思決定点にまで動くよう努めているにもかかわらず、BBA における文言は、CMS はその役割を担うことが期待されていることを示唆している。特に、BBA は健康と人事省長官（したがって、その延長に CMS がある）が、‘積極的で情報に基づいた決定を促す’活動を企画するよう命じている。そのため CMS は、どのように NMEP が、より多くの受給者を意識的に彼らのメディケア選択肢を検討するよう促すことができるか、研究している。

委任された権限と短い時間枠

CMS が既存の NMEP 活動を維持するか、もしくは取り替えるか、もしくは新しい活動で補うかについて、CMS は 2 つの大きな制約に直面している。

・ BBA の要求している条件。 BBA における NMEP に関する条項の規範的性格によって、CMS が既存の活動を変える柔軟性が制限されるだろう。メディケア・ハンドブックは、CMS の直面する主要な制約について説明する。受給者支持団体と健康案を代表する組織は、最新版のハンドブックはあまりに長すぎると指摘し、受給者の選択肢について彼らを教育するための最善の手段かどうか疑問を呈した。受給者支持団体の一つは、毎年ハンドブックをすべてのメディケア世帯に郵送することは、NMEP の資源の最も良い使い方かどうか、疑義を唱えた。彼らは、CMS は新しい加入者にハンドブックを配布し、その他については要求に応じてそれを利用可能にすることができると示唆した。ただしメディケ

アにおける変更によってハンドブックの改訂が必要になった時には大々的に郵送を行う。しかし、BBA は、毎年一度郵送することを要求し、載せなければならない項目についての広範なリスト—利用可能な M+C 案と案の選択肢の比較についてのリストのほかに—を特定化している。例えば、郵便物には、以下の情報が含まなければならない：給付と費用の分担を適用範囲としている FFS プログラム；M+C 案と FFS プログラムの両方における受給者の権利と抗議の過程；給付についての説明、加入権、メディケアの補充的保険（メディギャップ）のその他の必要条件。ハンドブックの内容を大幅に変更したり、もしくは勇壯の頻度を変えるためには、条文の変更が必要である。

- ・ **短い時間枠** 毎年短縮された時間枠によって、事業体が印刷物の形で、より完全な比較的情報を配布する活動が妨げられている。受給者と健康案の代表者からなされる不満は、メディケア・ハンドブックは M+C 案についての限られた比較的情報しか載っていないことである。HCFA 職員によると、案の給付パッケージの詳細は、来年に関する案のメディケア契約が承認される、9 月下旬まで入手できない。³⁷ そのため、BBA で要求されているように、10 月中旬までに発送しなければならないハンドブックに、広範なデータを編集ための時間は非常の少ししか残されていない。したがって、HCFA は各々の案の契約の選択された側面を、前もって承認した。HCFA は、受給者がいくつかの主要な決定を下すために最も助けになるであろうと思われる基本的な情報に焦点を合わせた：案のサービス分野、一か月分の保険料、医師の処方箋なしには入手できない薬剤は適用されるかどうか、詳細な情報のために案に連絡する方法。HCFA は、乳房 X 線検査の料金、の第一次医療の医師についての受給者の満足度—それは契約承認のパッケージによるものではなかった—などについての情報も含めた。各々の案の完全な給付情報は、メディケア・ハンドブックが印刷された後一ヶ月以上まで、入手できない。その時、その情報は、メディケアのインターネット・サイトの『メディケア健康案比較ページ』に貼り付けられる。

2001 年秋の NMEP の活動に関する、CMS からの最近の発表

CMS は最近、受給者が彼らに利用可能な選択肢についての認識を高め、それらの選択肢についてより知るために NMEP の情報網を利用することを促すために、この秋広告キャンペーンのために 3000 万ドルを支出すると発表した。それに加え、広告キャンペーンは、毎年の加入と‘閉じ込め’条項などのメディケアの新しい特徴や、予防的サービスや医療ス

³⁷ CMS は、案の給付パッケージを、調整されたコミュニティの率に関する提案プロセスとして正式に知られている過程を通じて、承認する。その過程は、メディケアの受給者のサービス利用における違いを調整した後に、メディケアが商業的な購入者が同じ給付に対して払うよりも多く、案に対して払わないことを確保することを目的としている。なぜなら、案に対するメディケアの支払いは、あらかじめ決められた原則にしたがって定められ

クリーニング検査のための適用範囲について、受給者が知ることを助けることを意図している。CMS はまた、電話相談窓口の受付時間を延長し、受給者の好みに最も合った、メディケアの適用範囲を彼らを選ぶことを助けるように企図された、インターネット・サイトに双方向的な特徴を加える予定である。

CMS は、時々案に配慮することと受給者の役に立つこととの間の難しいトレード・オフについて説明する、秋の情報キャンペーンについて、他の決定を下した。M+C プログラムにおいて健康案に加入することを促すため、CMS は案に、2002 年の給付パッケージを準備するための付加的な時間を与えた。2001 年 6 月の覚書において、CMS は調整されたコミュニティ率の提案（ACRP）におけるすべての費用と給付情報を提出する、2002 年契約年度の締め切りを、2001 年 7 月 2 日から 2001 年 9 月 17 日へ移すと公告した。M+C 案は依然として、2001 年 7 月 2 日までに、非拘束的な要約を提出することを要求されていた。CMS 職員によると、CMS は 2001 年 10 月 26 日までにすべての ACRP を再検討し承認することを期待している。

ACRP の提出期限が延長されたことで、NMEP 活動のための時間枠がさらに短縮され、それによって CMS と健康案は BBA が規定した 11 月の登録期間の前に情報を広めることができなくなっている。例えば、2002 年の費用と給付についての情報は、10 月 1 日までメディケアのインターネット・サイトに掲載されないだろう。CMS に承認されなかった案の給付パッケージは、メディケア世帯に毎年郵送されるハンドブックに、特定の健康案についてのいかなる情報も載せないと計画している。しかし、2001 年 8 月 9 日、裁判所は、保健福祉省の長官に対し、BBA に明記されている期限である、11 月の登録期間の始まる少なくとも 15 日前（10 月 16 日）までに受給者に対して健康案についての比較的情報を郵送するように命じた。裁判所の命令に従うため、CMS は比較的情報が載った別のパンフレットを用意し、それを 10 月 16 日までに郵送するだろう。省略された秋の情報キャンペーンの潜在的な逆効果を抑えるため、CMS は健康案が、‘連邦の承認を申請中’と表記された、提案された給付パッケージ情報とともにマーケティング資料を配布することを許すだろう。CMS はまた、登録期間を 12 月末まで延長するだろう。

結論

HCFA は、印刷物、電話相談窓口、インターネット・サイト、コミュニティのアウトリーチ活動などといった、多くのコミュニケーション手段を通じて、情報を容易に利用可能にすることで、BBA の NMEP に対する基本的な要求事項を実行した。しかし、HCFA が出資したいくつかの調査によると、これらの活動は基本的にはメディケアの選択肢をすでに再評価している受給者の助けになった。NMEP 活動は、その他の受給者がプログラムにおいて利用可能な選択肢についてもっと知ろうとすることを促しているようには見えな

るので、案はこの要求に従うために彼らの給付パッケージを調整する。

かった。この意味で、NMEP は積極的で情報に基づいた選択を促進することについて、完全に成功したわけではなかった。

受給者の適用範囲についての決定は、まもなくより重要になるだろう。なぜならそれらの選択により長い期間にわたって拘束されるからである。現在、受給者は毎月健康案を変更したり、FFS と M+C プログラムとを取り替えることができる。しかし 11 月と 2001 年 12 月に、受給者は 2002 年の間どのようにメディケアを受け取るか——旧来の FFS プログラム取決めもしくは、特定の M+C 案か——を選ぶだろう。受給者が最初の選択を下した後は、彼らは一般的に 2003 年に新しい給付年度が始まるまで、たった一度だけ、彼らの適用取決めを変更できるだけである。

CMS は、最近より受給者が積極的に彼らのメディケア適用範囲の選択肢について検討することを促すためのアプローチについて調査し始めた。CMS が NMEP を積極的で情報に基づいた選択をよりよく促進するために変更したり、もしくは現在の活動を維持することでさえ、BBA の規定や毎年の登録期間の前にある短い時間枠によって制限されるだろう。そのうえ、今後の NMEP 活動は、資金調達をめぐってその他のメディケアの優先順位と競わなければならないだろう。

議会が検討すべき問題

受給者のメディケア適用範囲の選択肢について、彼らが積極的かつ情報に基づいた選択をすることをより促すために、議会は NMEP 活動の実施、とくに内容、フォーマット、媒体、受給者に配布する情報のタイミングに関して、CMS により多くの裁量を与えたいだろう。

CMS からのコメント

文書で書かれたコメントにおいて、CMS は我々の報告書における調査結果や意見と概して意見が一致したと述べた。CMS は、主要な目的のうちの一つは、メディケア受給者が、彼らが選択をするために必要な情報を持つことを確保することである、と述べた。CMS は、毎年 NMEP を改善するために働いていると述べた。CMS は、最近計画された主要な改善点には、電話相談窓口の受け付け時間の延長、電話をかけてきた人が彼らの健康案の選択について検討することを助けるために電話カスタマー・サービス代表者が利用する新しい情報手段、メディケア情報資源を公表するために計画された広告キャンペーンが含まれる、ということに特に言及した。CMS は、議会が検討すべき問題、つまり NMEP 活動の実施に関する裁量権を付加することによって、事業者の活動が受給者の情報に関するニーズに適切でタイムリーな方法によって対応することを助けるだろう、という点について意見が一致した。CMS はまた、技術的なコメントも提供し、それは我々が適切であると受け入れたものであった。

我々は、この報告書を CMS 行政当局に送付し、報告書を請求したその他の興味を持っている団体にも送付した。もしあなたもしくはあなたのスタッフが、この報告書について質問があるのであれば、(202)512-7119 までご連絡ください。この報告書は、アシスタント・ディレクター、ジェームズ・コスグローブの指示の下、キャム・ゾラ、リンダ・レイデイ、ジェニファー・ポダルカ、リチャード・ニューマンが作成した。

ローラ・A. ダミット

ディレクター、ヘルス・ケア・メディケア支払問題担当

付録 I：範囲と方法論

我々の仕事をするために、我々は BBA と BBRA の関連する項目を再検討した。我々はまた、NMEP の違った要素を運営することに責任を負っている様々な HCFA 職員にもインタビューした。我々はまた、受給者支持団体（AARP、メディケアの権利センター、メディケア教育センター）の代表者と、ヘルス・ケア案の協会（アメリカ健康案協会、アメリカ健康保険協会）とも話した。我々は、最初の 3 年（1998 年～2000 年）の間における事業運営のための資金調達源と費用に関する情報を分析した。さらに、我々は電話相談窓口やインターネット・サイトに関する、様々な運営結果を分析した。我々は、事業のいくつかの側面に関して HCFA とその契約者が行った様々な評価結果を再検討した。それに加えて、我々は HCFA の二つの地方事務所の職員と、NMEP について、とくに REACH として知られているコミュニティーレベルでの教育活動について話した。我々の仕事は 2000 年 11 月から 2001 年 8 月までの間に、一般的に承認されている政府の会計水準にのっとり、行われた。

付録 III：メディケア・メディケード・サービスセンターからのコメント

日時：2001 年 9 月 24 日

To： ローラ・ダミット

ディレクター、ヘルスケア・メディケア支払問題担当

From：ルーベン・J.キング＝ショー・ジュニア

チーフ・オペレーティング・オフィサー、副行政官

題：会計検査院（GAO）報告書草案、メディケア：受給者に情報を与え、選択を促進しようとする企図されたプログラムは課題に直面している(GAO-01-1071)

我々は、上記のように題された報告書を再検討しコメントする機会を感謝する。メディケア・メディケード・サービスセンター（CMS）は一般的に、その報告書に言及されている調査結果と意見に同意する。

我々の重要な目的の一つは、メディケア受給者が、彼らの健康案を選ぶときに情報に基づいた選択をするために必要な情報をもつことを確保することである。我々は、タイムリーに、より関連していて、正確で、矛盾がなく、理解しうる情報を提供する、製品の改善とサービスの向上のために、毎年教育プログラムを評価しつづけている。そして、GAOの報告書に言及されていたように、我々は‘受給者の大多数が、意識的に彼らの現在のメディケア取決めを調べ、メディケア+チョイスなどの代替案がより彼らにとってよいかどうかを検討するように促す’重要性を十分認識している。我々は、この調査において受給者を助けるため、いくつかの大きな改善点を追求し実施するために積極的であった。これらの大きな改善点のいくつかの例は次の通りである：

- ・ 2002年10月1日施行し、我々は従来1日8時間、週5日受給者やケアを提供している人が利用可能であった電話カスタマー・サービス代表窓口を、一日24時間、週7日に拡張した。電話番号は1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)である。カスタマー・サービス代表者はまた、顧客がウェブをベースとした意思決定支援ツールを使いながら彼らの健康案の選択をすることを導くためにも利用可能になるだろう。このアプローチは、電話をかけた人が、彼らの個人的な参照のために、電話で、選択肢を含む健康案に関する情報をすぐに手に入れられることを可能にするだろう。
- ・ 秋に予定されている他の大きな活動は、メディケアの情報源をより十分に公告し、計画され組織化された情報キャンペーンを通じてサービスを拡大することである。我々は、受給者が選択肢を持っていることを知り、彼らを助けるために利用可能な資源を理解することを確保するために、あらゆる努力をしたい。

我々は会計検査員の結論、‘議会はCMSに、国家「メディケアとあなた」教育事業活動の実施、特に内容、フォーマット、媒体、CMSが受給者に配布する情報のタイミングに関してより多くの裁量を与えることを検討したいと思うであろう。’ということに関して喜んだ。より多くの裁量によって、CMSは評価結果とフィードバックを、適切でタイムリーな方法で受給者の情報ニーズに応えるような、教育事業の実施をすることができるだろう。

プログラム評価事例4 シンクタンクによる事例

Medicare Reform and the Federal Employees Health Benefits Program

1997年5月21日、上院の財政委員会における証言

ロバート・D・ライシャワー 上級研究員、経済学研究

ブルッキングス・インスティテューション、ワシントンDC

議長と委員会のメンバーの方々に、連邦雇用者健康給付金事業（以下、FEHBP）と将来の医療との関係について議論する機会を与えてくださったことを感謝します。私の陳述は以下の3つの議題からなります。

FEHBPの経験から、医療改革に対するどのような洞察が引き出されうるのか？

どの程度、FEHBPは、再構築された医療プログラムのモデルとなりうるのか？

医療プログラムの再構築をすぐに着手することはどれくらい重要であるか？

議会のリーダーや大統領は超党派の予算取決めを結んだところであり、我々皆が望むに、それは病院保険信託資金を2007年まで支払い可能に保つことと、2002年に均衡予算に導くであろう。この取決めは、1998年から2002年の財政期間の医療歳出における正味の削減で1150億ドル必要とされ、以降5年において3190億ドルの削減が必要とされている。これらの削減は主として提供者に対する支払いの増加を抑えることで創出され、二次的にはパートB保険料を増加させることで創出されると期待されている。もしこの取決めの目的が実現するのであれば、医療歳出は2002年の財政までに基準レベルから約13.9パーセント下になるであろう。

これらの削減は意義深いですが、実現は難しいであろう。しかし、これらの削減が、2010年以降、第一次ベビーブーム世代が65歳になり保険料の受給対象者になったときに医療制度が直面する難題に対処するためには十分ではないことは周知のことである。

議会予算事務所（CBO）は基準の医療歳出は2010年から2035年の間にGDPの3.5パーセント上昇するであろうと見積もっている一方、社会保障経費は、同期間においてGDPの1.5パーセントしか増えないと見積もられている。

ベビーブーマーたちの定年と、診療ごとに支払う形式の医療制度の利用における、継続した無制限の増加に起因する課題は、構造改革によって対処しなければならない。なぜなら、医療制度の予算インパクトを抑制するための伝統的手法---payroll税を上げ、パートB保険料を引き上げ、そして提供者への支払いをゆっくりと増加させること---は、長い目で見れば、この仕事をするのは不可能であろう。

しかし、どのようなタイプの再構築がいちばん適切であって、それはいつ着手すべきであるのか？

増加する数の政策立案者と情勢分析者たちは、次世紀の課題に対処するために、加入者に、費用に対して効果の高い医療を提供するシステムを選べる機会とインセンティブを与える制度へと医療制度を変容させるべきである、と結論づけている。

もし加入者が多くの競合する医療案から選ぶことが許され、各提供案は、現行の医療制度のパッケージ---ここでは90%近い加入者が追加を選んでいる---より適切な給付パッケージになるのであれば、これは達成しうるであろう。そのような制度において、より高い案を選んだ加入者は、自らの資金でより高い保険料を支払うことを要求される一方、高くない案に加入した人々は、それよりも安い保険料分を支払うであろう。

そして医療案は競って費用に対して効果の高いケアを提供するだろう。

FEHBPは、多くの点において競争しあう医療案の構造に類似するシステムである。それは、230万人の連邦労働者を含む約900万人の人々、180万人の年金受給権者と、現役労働者と定年した労働者の扶養家族や遺族を適用範囲にする。ある年金受給権者は医療制度によってまかなわれ、ある年金受給権者はまかなわれない。388の別々の案が今年、当事業下で利用可能である一方で、そのうちの圧倒的多数は、ある特定の地域でしか提供されておらず、少数の案がある特定の事業体の労働者（例えば、FBIの労働者のための案や、外務省員のための案）にしか提供されていない 保険維持機構である。たいていの加入者は、したがって、10から20の案の中から選ぶことができる。米連邦政府は広範な登録者名簿を用いて、6つの案の平均保険料の60パーセントを最高額に設定し、その案の保険料の75%を払っている。（一つ適用範囲で、1996年には1599ドル）

FEHBPは、加入者の満足度と経費増加の両方の点において、広範な私的に雇用者が支出した医療案に類似した履行機能をもっている。約95パーセントの加入者は、彼らに提供されるオプションを、民間セクターの雇用者によって提供される同様のものとの、好意的に比較している。また85%以上の加入者が、彼らの案に満足している。1983年から1996年の期間において、平均的な加入者保険料は、一年に4パーセント以下の増加であった。連邦の費用はそれより早いペース---一年に8パーセント---で増えている。なぜなら登録において、より高いものからより高くない案への転換は、雇用者保険料の増加を抑制したが、政府の支出分は抑えなかったからである。1992年以来、政府と加入者保険料の両方の増加幅は、はうように遅くなった---一年に2パーセント---多くの民間セクターの医療案も同様である。

全般的な、しかし無条件ではない、FEHBPの成功は、ある情勢分析者たちが、この事業は再構築された医療制度事業のモデルになりうると提案することにつながった。FEHBPの経験が、医療制度改革への多くの有益な教訓と洞察を提供している一方で、FEHBPが今後の医療保障プログラムにとっては不適切な構造であることについてのいくつかの理由がある。FEHBPが数年にわたってお茶を濁しながらやってきたという問題は、もしそれが高齢者と身体障害者のためだけに機能し、ある限定された数の地域に集中した加入者の要求は満たさなかったのであれば、悪化したであろう。

医療保障改革に関する、FEHBPから引き出されるいくつかの洞察

FEHBPは、医療保障制度をより多くの消費者の選択肢を伴った競争的なシステムへと転換したいと考えている人々にとって、多くの肯定的な教訓または洞察を提供している。第一に、ゆるやかに市場原理が働く国家領域を創設することが可能であることをFEHBPは示しており、そこではFEHBPは登録者をめぐって多くの異なったタイプの医療案が競争する。多くの大規模な雇用者たちが彼らの使用者にたいして、2つから3つ、さらには5つの案の選択肢を提示する一方で、加入者が24から36の代替案から選べる---FEHBPの加入者は大抵はそうであるのに---といった例は多くはない。選択肢の範囲はFEHBPにおけるそのほうが同様に、民間・公的セクターの制度におけるそれよりも広い。伝統的な診療ごとの支払い、医療者選択会員制団体健康保険（PPO）、独立診療所機構（IPA）、保険維持機構および診療所における選択（HMO-POS）及び保険維持機構の案は、大部分の加入者に提供されている。それに加えて、加入者は通常、各々の保険のタイプごとに複数の案の選択肢が与えられ、こういったことは私的に雇用者が支出している制度ではほとんど見られないことである。さらには、この制度は、多くの民間セクターの制度が直面するものに比べて、より異種の加入者の蓄えによって機能している。FEHBPは典型的な雇用者支出の医療案の中心的な顧客---現役の労働者と彼らの扶養家族---のみならず、多くの55歳から64歳までの年金受給権者とその扶養家族を適用範囲としている。FEHBPは同様に、主として65歳またはそれ以上の高齢者であっても、連邦政府の労働者が1983年にHIプログラムへと移される前に連邦政府での雇用期間を終えてしまったために、政府の医療保健の提要対象者ではないの連邦政府の定年者のための保険を提供している。

政府の医療保健改革に関する、FEHBPから引き出される二つ目の教訓は、FEHBPは、競争的制度を運営するためには巨大で複雑な官僚機構を必要としないことである。人事部（OPM）---ここはその事業の管理・運営を所掌している---150人以下のフルタイム相当の職員と約2000万ドルという大きくない行政予算で1996年の業務を達成した。これらの数字は、いくつかの理由によって、その事業運営に使われた全体の財源をかなりの割合で控えめに出示されている。例えば、情報の宣伝や登録、登録削除や初期の疑問や苦情対応は、様々な連邦機構の人事部スタッフによってなされたからである。しかし、FEHBPの経験は競争的制度の管理・運営は、高い行政コストや巨大な官僚機構なしに十分対応しうる仕事であることを指し示している。

FEHBPの運営から引き出しうる3つ目の洞察は、加入者がどの医療案に加入するかを決める際に、分かりやすく有益であると思う比較上の情報を作り、宣伝することが可能である、ということである。これは重要なことである。なぜなら競争的市场は、消費者に情報が与えられなければ効率的に機能しないからである。医療案は複雑な実在物であり、それらの様々な側面から比較するのは難しく、それらが提供するサービスの質の比較も同様に難しい。しかし90%以上のFEHBPの加入者は、様々な案の利益や費用についての比較的情報が載っている、OPMの年鑑FEHBPガイドブックに満足している。それに加えて、いく

つかの非営利団体は加入者に利用可能な選択肢についての記述、評価、格付けをしている情報を出版している。これらは、連邦政府雇用者のための健康保険案についてのチェックボックス・ガイドと、連邦政府退職者国家組合（NARFE）から出版されている、連邦健康給付金情報とオープン・シーズン・ガイドが含まれる。FEHBPの経験は、もし政府の医療保健がより多くの選択肢を提示するようなものへと転換されたのであれば、各々の案を比較している明確で情報に富んだ材料が、HCFAによっても提供されうるということを示している。それに加えて、民間と非営利団体は、それぞれの案が提供しているサービスの質を格付け、評価する業務に乗り出すであろう。

FEHBPの経験から引き出されうる4つ目の洞察は、競争的市場はおそらくきわめて安定的なものとなるだろう。ある情勢分析者は、保険料増加の相違、業務の出来あるいは消費者評価の相違が、競争的医療保健市場において、登録者の大規模な変動を引き起こすことについての懸念を表明している。これは、もし加入者が彼らの選択した案に加入していないか、もしくは登録者の押し寄せが、かれらの案のサービスの質の格下げを引き起こしたならば、加入者や消費者の不満足が増大する、医療案についての受容力の問題が生じうる。FEHBPの経験は、確立された制度において、それらは重要な問題ではないことを示している。なぜなら機会があるときでも、少数の加入者しか医療案を変更しないからである。毎年、約5%の加入者しか、ある案から他の案への変更を選んでいない。突然の登録削除はごく限られた登録では、その案に大きな影響を及ぼしうるが、市場の均衡はその人々を留意に吸収することができる。

FEHBPの経験はまた、効率的で競争的市場は医療案への支払いを調整するリスクのための洗練されたメカニズムなしに機能しうることを指し示している。OPMは、加入者の様々な分類の予想された費用における相当な相違にもかかわらず、案に対する保険料支払いを調整していない。言い換えれば、あらゆる案においても、25歳独身男性の連邦政府労働者の合計保険料支払い額は、75歳の、政府の医療保健適用外の年金受給者の保険料と同額である。この保険証券は、いくつかの問題と不平等を引き起こしている。健全な登録者をよりひきつけない医療案の加入者によって支払われた保険料は、不当に高い。なぜなら、連邦の保険料支払い額はリスク調整されていないからである。極端な例においては、給付金が特に健康上の問題を抱えているか、費用のかかる年金受給者に魅力的な給付金をもつ医療案は、FEHBPから離脱することを余儀なくされている。このことは、案の反対のリスク蓄えが、加入者保険料を上げ、より健全な登録者をその案から離脱させることを引き起こしたときに、起こっている。注目すべきことは、これらの問題ではなく、むしろFEHBP制度が機能し、そして明確なリスク調整なしにそうであることである、これは現在利用可能である不完全なリスク調整メカニズムは、より競争的な政府の医療保健制度を創り出すために十分であるべきであることを示している。より精緻で洗練された手段を開発する際には、それらはその制度を改善するために用いることができる。

最後に、FEHBPの経験は、加入者に一年に一度以上の頻度で医療案を変更を許すことは

必要でもなければ効率的でもない、という多くの民間雇用者の結論を補強するものである。政府の医療保障は、近年、HMO の案を選んだ加入者に対して、一年のいかなる時期においても 30 日間の事前予告を置けば、その案から登録を離脱し、他の HMO の案を選んだり、伝統的な診療ごとの支払い制度へ戻ることが可能である。そして複数の医療案を提案している多くの民間雇用者は、一年に一度、変更可能な時期を定めて、このような自由を制限している。政府の医療保障加入者に最も類似している連邦政府の年金受給者に関して、問題を引き起こしているという指摘はない。これらの退役者が単に、彼らが働いている時期に加入した医療案にとどまることを選び、したがって一番類似している、と考えることは驚くことではない。加入者が医療案に関する選択権---それらの案のいくつかは、仕事に従事していた最後の時期の間に彼らに適用された案と類似し、あるいは全く同一でさえあるようなものである---をもつことが期待されている競争的な政府の医療保障制度下において、類似した環境の傾向が創出されるべきである。

FEHBP は、再構築された医療保障事業のモデルとなりうるか？

FEHBP の経験が、効率的で質の高い、競争的医療案制度を創出されうることの、有望な証拠を提示している一方で、FEHBP は、いくつかの理由により、再構築された医療保障制度の適切なモデルを提供してはいない。そのいくつかは、政府の医療保障と FEHBP が提供されている人口の違いと関係し、いくつかの理由は、FEHBP 制度の特定の企図の特質と関連し、いくつかの理由はその二つに相互関係に關係する。

政府の医療保障人口の代わりを務めることは、連邦政府の労働者・退役者やその遺族・扶養家族に健康保険を提供することよりも、非常に複雑な事業である。FEHBP 案が適用される加入者が多様性に富んだグループである一方で、政府の医療保障人口の持つ多様性の比ではない。大部分は、FEHBP 加入者は極めてよく教育を受けてきており、圧倒的に中流か上流中流階級である。彼らは、おそらく、極めて洗練された消費者である。彼らは、大部分、安定し、安全で、ホワイトもしくはピンクカラーの仕事に従事している労働者、または退役者であり、連邦年金制度のお陰で彼らの要求は比較的よく満たされている。

彼らは不均衡的に、比較的少数の大都市地域に集中している。それとは対照的に、医療保障加入者は、より高齢でより多くの人々が障害を持っていたり虚弱であったりするだろう。彼らは FEHBP 人口に比べて教育をより受けておらず、多くの人々は大変ささやかな収入しか得ていない。医療保障の受益者は、全国の都市部・郊外・田舎の地域に広がっている。競争的な医療保障制度において、FEHBP 制度においては雇用している機関が果していた機能を遂行するためにいくつかの団体が創設されなければならない。この団体は、政府機関もしくは非営利団体でもよいが、登録や登録解除、比較的な医療案についての情報を、加入者のために作り宣伝する責任を負うだろう。

このことは、加入者が、彼らとその医療案について遭遇した問題に対処する際の助けにもなりうるだろう。医療保障の消費者にかかれらの選択について知らせる仕事は、FEHBP 下

におけるそれよりも、非常に難しい仕事である。その一つの理由としては、二つの制度における母集団の違いがあげられる。しかしそれに加えて、医療案についての比較的な情報に関して一つの貴重な情報源が、医療保障加入者には利用可能ではない、という理由もありうる。この情報源は、労働者が彼らの同僚と様々な利用案の内容について仕事場で非公式にもった話し合いである。多くの医療保障加入者が退役した友人とそういった情報の共有を行っている一方で、ある人々は比較的孤立した生活を送っている。

FEHBP のいくつかの計画の特質のために、再構築された医療保障制度が、FEHBP のモデルになることが不適切となっている。その特質のうちの第一番目には、差異に基づくリスクや各々の加入者の健康状態のために政府が支払う保険料を調整するためのメカニズムが欠落していることである。このことは FEHBP にとっていくつかの問題を引き起こしている一方で、競争的な医療保障制度にとっての影響の重要性は、それに比して非常に深刻なものとなりうる。その中でも第一には、彼らの案がより寛大な利益を提供しているか、より効率的でないためではなく、加入者がより健康でないという理由のために、加入者がより高い保険料を払わなければならない場合に生じる不平等性である。また、リスク調整メカニズムの欠如は、医療案が健康な加入者を登録しなければならないという動機を増大させてしまうし、それは、公共政策によって助長させるのではなく抑制すべき反応である。そのうえ、もし医療案に対する政府の支払いがリスクの調整されたものでないのであれば、市場はより不安定になり、案の継続性もなくなるであろう。高齢者や身体障害者の人々にとっては市場の安定性が、明白に、労働者にとってよりも、より重要である。

再構築された医療保障事業にとって、FEHBP が不適切なモデルとなっている、二つ目の事業の特質は、共通する給付パッケージを欠いていることである。すべての医療案が法律や規則によって、適用範囲についての最低限の基準を満たされていることが要求されているが、其々の案は給付パッケージについては自由に変えてもよい。時を経て、もし医療案が比較的潤沢な給付パッケージを提示したときに起こる不利な選択を避けるために、様々な医療案が提供する給付金は極めて類似したものになっている。しかし、給付パッケージにおける微妙な差異は、もしそれをゆるしたのであれば、再構築された医療保障において、より健康な加入者にとって魅力的な医療案になるために利用されうるであろう。それに加えて、各々が違う給付パッケージを提供した時は、消費者が意義ある比較をすることがより困難になる。これらの理由により、再構築された医療保障事業において運営されているすべての医療案は、同じ眼目の給付パッケージを提供するように要求することが最善の方法である。 補充的給付金は認めうるが、しかしそれらは別々に販売されなければならないし、中心部分となる給付金を利用して生ずる、いかなる間接的な影響をカバーするように価格設定しなければならない。

固定された市場地域の欠落は、再構築された医療保障制度にとって FEHBP が適切なモデルとなりえない、もう一つの側面である。大部分は、FEHBP 案は、それらがサービスを提供する地域を自由に特定してもいい。これは大きな問題を引き起こしているわけではな

い。なぜなら FEHBP 人口は比較的同質性が高いからである。しかしこのことは医療保障人口にはあてはまらないことである。なぜなら、多くの大都市地域内における調整された一人当たりのコスト (AAPCC) の割合におけるかなりの多様性が示されているからである。サービスが提供されている地域のゲリンマンダリングは、平均より高いと予測されるコストの加入者を避けるために用いることができよう。個性的な医療案サービス地域もまた、案の内容の比較と、医療保障給付者を目の当たりにしたときの選択の両方を、より複雑にしうる。これらの理由から、再構築された医療保障事業は、複数郡にまたがったサービス地域の境界を明確に限定することを確立し、その地域にいるどんな医療保障加入者に対しても、参加している医療案がサービスを提供することを求めるべきである。

最後に、FEHBP が構築し、医療案の保険料を確定した方法は、少なくとも長期的には、おそらく再構築された医療保障事業にとって適切なものではないだろう。FEHBP は、地域の保険維持機構に払う保険料を決めることに関して、比較的受動的な買い手である。OPM は、それらの案が、彼らが大きな民間セクターの顧客に徴収する以上の金額を FEHBP から徴収しないように要求している。民間セクターと FEHBP 登録者の特質や、様々な給付金パッケージの差異を反映するために調整することは許されている。この手続は、FEHBP 登録簿が、参加している大部分の保険維持機構のビジネスの中で比較的小さな割合を占めていることを考慮したとき、非常の理にかなうものである。それに加えて、全国に散らばっている何百もの保険維持機構と活発に交渉しなければならないとすれば、OPM にとって重大な負担となるであろう。しかし、医療保障の市場の地位というものは、FEHBP のそれとは全く違っただろう。それはほとんどすべての市場において、非常に大きな買い手を代表しているだろう。さらには、私的に雇用者が支出している適用領域についての保険料は、医療保障人口に保険をかけている費用と、少ししか関係がない。

FEHBP 下において、全国規模の、診療ごとの支出形式による保険料と、PPO の案は、OPM によって話し合われている。それらは全国共通している。したがって、医療案はニューヨークのような高い費用のかかる地域の加入者に対してお金がかかり、農村部や、ミネアポリス・セント・ポールやポートランド、オレゴンといった都市部における、費用の安い市場における登録者については、健全な利ざやをもうけることができる。この構造においては、それらの案は、費用の安い地域においては市場がより積極的になる動機を与えている。それに加えて、全国共通の保険料システムは不公平である。なぜなら費用の安い地域の加入者によって払われた保険料の一部が、費用のかかる地域の人々に提供されるサービスを補助するために用いられるからである。

保険料設定のために FEHBP の手法を採用するよりも、むしろ再構築された競争的な医療保障事業を採用することで、競争的価格原理を通じて保険料を定めるべきである。より安い値を提示している医療案が、少なくとも市場における医療保障人口の半分にサービスを提供しうるのであれば、各々の市場地域についての医療保障の支払い基準は、中間の値を定めるべきである。新しい制度下において要求された給付金パッケージが、核となる医

療保障サービスに加えて近年、補充的に提供される給付金を補うために拡充される限りは、B 保険料とメディギャップの平均的な費用と同様の額を組み入れている、医療保障支払い基準は、加入者支出を組み入れるべきである。

医療保障支払い基準より下の保険料の案を選んだ人々はリベートを受け取るであろう一方で、より高い案に加入した人々は付加的な保険料を払うことが要求されるであろう。そのようなシステムは、公平性と効率性の均衡がとれ、連邦コストの増大を抑制するために市場原理を利用することになる。

いつ構造改革を始めるべきか？

いったん、1997 年超党派の予算取決めが法律となったのであれば、立法府が休止している時期において、その達成を成し遂げたことを非常にほめたたえたいであろう。とくに、予算の均衡と税の支払い一部免除の支払いのために多くを削除されてきた地域において、そうであろう。古傷が再びひらいてしまうのをおそれて、これらの政策地域に再び訪問する気になる人はごく少数であろう。この予算取決め下で、今後 5 年にわたって負債なしのサービスにおいて、42 パーセントを正味削減を負うよう依頼された医療保健分野における反応が最も強いであろう。

しかし医療保障が直面している長期的な課題に対処することを遅らせることは大きな間違いであろう。国が医療保障の再構築の課題を早く始めれば始めるほど、政策立案者たちはより多くの選択肢の中から選ばねばならないであろうし、その転換による痛みは小さくなるであろう。

多くの観点から、現在の状態は、再構築過程を開始することによって、比較的健全である。しかしこれらの状態は長くは続かないであろう。経済状態やよく、重大な構造的不均衡性もない。そのような状況において、あらゆる大きな再構築の努力には不可避な部分である、秩序の混乱は比較的痛みが少なくすむはずである。

人口統計的狀態もまた好都合である。今後 10 年は、人口的な激しい変動の前であり小康状態であろう。65 歳もしくはそれ以上の人々は、今後 10 年の間に、一年あたり 0.9 パーセントの割合でしか増加しないと予測されている。この割合は、前 10 年間よりも少ない割合であり、2007 年以降の 10 年間よりもずっと少ない割合である。65 歳以上のグループは、1997 年の、人口全体の 12.7 パーセントから、2007 年の 12.8 パーセントまでじりじりと上昇するであろう。この穏当な人口統計機関は、医療保障改革の一部として今後数年間の間に創設される、あたらしい機構構造は、第一次ベビーブーマーたちが 2011 年に 65 歳になる前に、確立され、微調整する時間があるということの意味している。もし新しい構造がこれより後に設置されるのであれば、新加入者の数の爆発に圧倒されるであろう。今後 14 年間は、医療保障は、平均して一年にたったの 39 万 5000 人の高齢登録者の受け入れに対処しなくてはならないだけである。しかし 2010 年以降の 14 年間は、1500 万人に跳ね上がるのである。

健康保険市場の状態も同様に、医療保障の再構築の助けとなる。提供者、とくに病院や医師の供給が過剰になっている。雇用者支出による医療案が、提供者への支払いを抑えた場合、医療保障の支払い基準は比較的気前のよいものとなる。医療保障の病院が得るマージン---1997年においては12.7パーセントと見積もられる---は今後十年において得る比率よりも高い。構造改革を始めることは、つまづきや同様が不可避に伴うときでさえ、医療保障加入者が受け取る医療へのアクセスを制限したり質を妥協することにはなりにくい。このことは、もし民間の医療案が、健康保険セクターから余分な受容力を無理に引き出すことに成功したとしても、今後10年間はそのようなことにはならないであろう。

政治的な観点からは、医療保障と同じくらい評判がよく成功するように事業を再構築するためにこれほど容易で良い時期はない。しかし、政治環境は時を経るごとに改革努力にたいして好意的でなくなってきたために、現在がその時であるかもしれない。2004年、次期大統領が再び選挙に立候補するであろう年までに、選挙人の45パーセントは50歳以上となり、彼らの定年退職給付金の妥当性についてあたりまえに関心を寄せるであろう。公平な考慮をすると、近々定年する人々に新しい制度に適応するための多くの機会を与えるために、構造的変化は徐々に実行されなければならないと考えられる。このような理由から議会は、均衡予算の取決めがなされたらすぐに、医療保障が直面している長期的な問題に取り組むことが重要である。

エトナ：これらの案のうちの一つで、1989年に事業から離脱した。そしてそれ以来、代用の、もしくは架空の、エトナのような保険料を定則において用いている。

注：この論考で表明された意見は、著者のものであり、ブルッキングス・インスティテューションのスタッフ・役員や評議員に帰するものではない。

プログラム評価事例5 メディアでのコメント

Medicare: Such a Modest Proposal The Washington Post, February 10, 1998

By Jacob Hacker, Guest Scholar, Governmental Studies

クリントン大統領は、55歳から64歳のアメリカ国民が Medicare プログラムに入会することを認める彼の新しい提案との正しいバランスを攻撃してきたということを認識しなければならない。保守主義論者は、あまりにも大きすぎるためにそれを攻撃してきた。自由主義論者は、それは十分に大きくないと批判してきた。医療政策の専門家は、彼らの多くが諸利益は超過コストに値するかもしれないことを認めているために、ホワイトハウスが見積もった以上にコストがかかるのではないかとやきもきしてきた。ワシントンポストにおいては、アセスメントが賛成からどちらともいえない、全く賛成しないまで広がってきている。

しかしながら、大統領の提案についての鳥瞰された物語は、ただそれは実際どのくらい穏当なのかということである。わずか4年前、大統領は挑戦的に Union Address の国である間は、彼は普遍的な適用範囲を達成することに失敗したいかなる医療改革立法も拒否権を行使すると宣言した。そのゴールは、いまや絵空事で遠い記憶のように見える。しかし、保守主義論者も自由主義論者もそれは本当に死んでしまったと受け入れないかのように見える。

保守主義論者からすると、大統領による1993年の医療計画の失敗はあらゆる新しいイニシアチブが背後に潜んでいる。クリントンが最近、患者の権利を保護する規制を指示した際、例えば、共和党の指導者たちは、アメリカ国民によって3年前に拒否されたクリントンの医療計画への道に突き進んでいるだろうと告発した。「我々は、大統領が前のドアへと通り抜けるのを失敗したものを後ろのドアから通過させることを許すべきではない」と彼らは警告した。

保守主義論者が恐れていることは、自由主義論者が望むことである。彼らは、大統領の新しい提案を大統領計画のなかの放棄した目標のいくつかを達成するためのずるい戦略であるととらえている。ディオンの調査したように、民主党の少数派は「Medicare に入会することは普遍的な適用範囲への道が成立しうる」ということを提案するのに十分に大胆である。

どちらも実態把握の必要がある。今日、4000万人以上のアメリカ人が健康保険に加入していない。保険非加入者のうち、300万人は大統領が提案している年齢層に該当している。行政の独自概算によると、こうした高齢者のうちの3万人が Medicare に加入する期待値と傾向をもっているだろうということである。こうした概算がどこかで正しいとするならば、大統領の計画は55-64歳の年齢層において非加入者のたった10パーセントしかカバーしておらず、それゆえすべての非加入者の1パーセント以下しかカバーしていないことになる。