

VBP で評価の対象となる項目は、病院における医療の質を評価する既存の基準が活用されている。すなわち、RHQDAPU 臨床ケアプロセス調査結果の一部分、Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS)⁶と呼ばれる患者満足度調査の結果、主要なアウトカム指標から構成される。ケアプロセスの評価は、ベンチマークまたは許容値の達成状況、あるいは直前期スコアとベンチマークとの差の改善状況のうち、より良好な結果を採用して評価され、0点から10点にスコア化される。なお、ここでベンチマークは、全体の上位10%の平均値であり、許容値は全体の平均値である。ケアプロセス評価の各対象領域の合計スコアを分子、測定した領域数の10倍を分母として total clinical process of care performance score として算出する。

患者満足度を測定する HCAHPS の項目は、看護師とのコミュニケーション、医師とのコミュニケーション、疼痛マネジメント、薬物治療に関するコミュニケーション、清潔さと静かさ、病院職員の迅速性、退院時情報、病院の全体評価から構成される。各領域について測定されたデータにより、臨床ケアプロセスの場合と達成状況、あるいは改善状況のうち、より良好な結果を採用して評価され、0点から10点にスコア化される。さらに、全体の評価として minimum performance score も算定される。minimum performance score は、HCAHPS の8領域の中で最も低いポイントに応じて20点を満点として算定される。そして、HCAHPS 領域のスコアは、8領域すべての合計得点と minimum performance score から算定される。ケアプロセスの評価と HCAHPS の結果から the VBP Total Performance Score を算定することとなっているが、両者の配分をどうするか、また臨床アウトカムの測定結果をどのように組み込むか、現在 CMS が検討を進めている⁵。

ケアプロセスの評価と HCAHPS 評価結果の配分は未定ではあるが、DRG に基づく支払いへの VBP インセンティブ報酬の反映については事例が示されている⁵。事例では、ケアプロセス評価の配分を0.7、HCAHPS 評価結果の配分を0.3と仮定した上で、VBP インセンティブ報酬の82.0%を獲得した病院Aと、同じく100%を獲得した病院Bを想定し、DRG498への適応した場合の支払いの差異が示されている(表2)。DRG に基づく支払いのうち一定割合(ここでは5%)を VBP に基づく支払いに割り当て、得点の獲得状況に応じて報酬を支払うこととされている。

表2 DRG498 への適応例

	病院 A	病院 B
DRG498 への支払い	\$14,713.85	\$14,713.85
DRG に基づく支払いに対する VBP インセンティブの割合 (5%)	\$735.69	\$735.69
VBP インセンティブ報酬の獲得パーセンテージ	82.0%	100.0%
病院毎の獲得した VBP に基づく支払い部分	\$603.27	\$735.69
VBP 報酬による DRG498 への支払い	\$14,581.43	\$14,713.85

5. まとめ

CMS の P4P の試行的運用も含めて、その導入効果を明らかにした研究の結果では、例えば急性心筋梗塞のアウトカムについては、P4P 病院群と対照病院群で有意な差がなかったとする報告⁷がある一方で、P4P 病院群とデータ提供のみ行っている病院群との比較において、P4P 病院群の方で有意にパフォーマンスが向上していたとする報告⁸もある。

今後米国では、P4P の導入効果がさらに検証されるとともに、疾病の予防からリハビリテーションに至る各ステージに対応した、疾病別のパフォーマンス測定などについても検討が進むと考えられる。米国を含めた諸外国における P4P 実践の経験、すなわちパフォーマンス測定的项目や指標、データ収集の方法、収集されたデータの分析と公開のあり方、さらに測定されたパフォーマンスの診療報酬への反映といった事項は、わが国への P4P 導入を検討する際に有益な知見となると考えられる。

資料 Pay for Performance Summit 参加記録

1. はじめに

米国内における先駆的かつ大規模な医療の質に基づく支払い (pay for performance: P4P) プログラムの 1 つに Integrated Healthcare Association (IHA) による P4P プログラムがある。IHA は 8 つのヘルスプラン、228 の臨床医グループに所属する 4 万人の臨床医のほか、ヘルスケアシステム関係者、研究者、消費者、購入者が参加する PFP プログラム運営において全米最大の組織である (2007 年現在)。

IHA は the National Pay For Performance Summit を 2006 年から毎年開催し、P4P プログラムをめぐる様々な問題点の整理、関係者間の情報交換の場を提供している。

2008 年 2 月 27 日から 2 月 29 日に米国カルフォルニア州ビバリーヒルズのザ・ビバリーヒルトンホテルにて開催された 3rd National Pay For Performance Summit では、講演形式のプレゼンテーションの他、パネルディスカッションにより、先駆的な研究者や政策策定者、P4P 運営者による情報提供、ケーススタディなどが紹介された。以下に著者らの参加したセッションを中心に、会議の概要を示す。

2. 3rd National Pay For Performance Summit の概要

- ・ 期日：2008年2月27日（水）～2月29日（金）
- ・ 場所：米国カリフォルニア州ビバリーヒルズ（ザ ビバリーヒルトンホテル）
- ・ 参加者：約700名（研究機関のほか、連邦政府、州政府、民間保険者、医療機関、保健医療情報システム企業等）
- ・ スケジュール：

	2月27日	2月28日	2月29日
午前	PRE- CONFERENCE I～IV	MORNING PLENARY SESSION Keynote Address: National Framework For Measurement Standards Keynote Address: Provider Recognition Programs Keynote Address: Challenges on the Ground in Performance Measurement	CLOSING PLENARY SESSION Keynote Address: Expanding P4P Keynote Address: CMS and Value- Based Purchasing Keynote Panel: Is Efficiency Measurement in High Stake Programs Ready for Prime Time?
		Mini Summit I～V	Mini Summit VI～VIII
午後前半	OPENING PLENARY SESSION	PFP SUMMIT CONCURRENT SESSION 1.01～1.08 2.01～2.09	/
午後後半	Keynote Panel Discussion Keynote: The National Quality Agenda	PFP SUMMIT CONCURRENT SESSION 3.01～3.08 4.01～4.08	

- ・ 内容：

《2月27日》

PRE- CONFERENCE I

Best practice in pay for performance: Measurement, Data Collection and Reporting

NCQA（HMOの認証を行う非営利法人）によるプレゼンテーション

【データ収集に関して】

- ・ 収集データの正確性、信頼性が問われている。
- ・ データ収集成功へのカギのひとつは、臨床医との関係づくりである。
- ・ 測定手法の標準化が信頼性向上に必要である。

- ・ 標準化された測定手法は、コミュニティ内において明瞭かつ活発な情報とするために重要である。
- ・ 測定にあたっては、指標の重要性、科学的適合性、実現性、有用性をそれぞれ考慮する必要がある。

【データ公開に関して】 カルフォルニア州での経験から。

- ・ (提供される側にとっての) 情報の持つ意味とその大切さの理解促進を図ること。
- ・ 概念や言葉は理解されやすいものとする。(提供対象者へのヒアリングなどを通じてこれらを担保する。)
- ・ データは十分に詳細であること。

OPENING PLENARY SESSION

Opening Plenary Session: The Role and Impact of Pay for Performance – Stakeholder Perspectives

【政府の見解】

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) CEO によるプレゼンテーション

- ・ Hospital Quality Alliance や AQA などを通じて、医療の質の向上にこれからも積極的に取り組んでいく。
- ・ 診療録の電子化を、インセンティブを設けてさらに推進する。
- ・ 人種や加入保険に基づく Disparities への対応をより重視していく。現況の詳細については、近々に公開する Healthcare Quality and Disparities Report 2007 を参照されたい。
- ・ VBP を通じて、高い質への支払いを進め、不良なケアへの支払い低減を進める。

【Health Plan の見解】

America's Health Insurance Plans (AHIP) CEO によるプレゼンテーション

- ・ 質測定への統一的な取り組みを今後も進める。
- ・ 医療機関に対してデータの収集と公開、質に基づくコンセンサスの再認識を求めるほか、それらの消費者への周知、説明も同時に進める。

【病院の見解】

Cedars-Sinai Health System (カリフォルニア州医療機関グループ) CEO によるプレゼンテーション

- ・ Pay For Performance は医療の質向上に関する有用なツールであると認識している。
- ・ 臨床ニーズへの対応を引き続き重視し、バランスの取れた意思決定を目指す。
- ・ ペイメントシステムリフォームに対応する。
- ・ 臨床医の段階におけるデータ収集を強化するとともに、収集されたデータの利活用をより一層進める。

【医師会の見解】

米国医師会次期会長によるプレゼンテーション

- ・ 臨床データの収集と公開について、臨床医間での認識をさらに向上させる。
- ・ 臨床指標に含まれない部分の評価も重要と考えている。
- ・ **Heath Plan** は収入のみを重視しすぎるのではなかろうか。
- ・ **Pay for Performance** を含めた種々の規制により、臨床医に限界感・焦燥感が漂っている。

Keynote panel Discussion and Debate: Is Pay For Performance Working?

本サミット主催団体幹部によるパネルディスカッション

- ・ **Pay For Performance** は機能している。
- ・ データ測定と臨床医の行為の関係には課題がある。(測定の限界が存在することへの考慮が必要である。)
- ・ **Up-Cording** の問題が依然残っている。

Keynote: The National Quality Agenda: Aligning Payment Reform and Care Integration

Commonwealth Fund 代表による講演

- ・ 各種取り組みによる将来の医療費推計値の逡減が予測される。
- ・ 今後の医療費削減への取り組みとして、**Patient Centered Medical Homes** におけるケア提供、**Payment for Acute Episode- Based Payment** の導入、**Payment Hospital Pay For Performance** 他の取り組みが想定される (一部にはすでに導入しているものがある)。
- ・ 詳細については、**Bending the Curve: Options for Achieving Savings and Improving Value in U.S. Health Spending. Commonwealth Fund 2007** を参照されたい。

《2月28日》

MORNING PLENARY SESSION: FACING THE CHALLENGES IN PERFORMANCE MEASUREMENT

1) Keynote Address: National Framework For Measurement Standards

Janet M. Corrigan 氏 (CEO of The National Quality Forum) による講演

- ・ 医療の質評価、測定項目などの検討については、連邦レベルでこれまでに7年間の蓄積があり、その際、IOM以外の諸機関との協働して活動している。
- ・ これまでに、指標は大幅に改善している。
- ・ 個人、集団それぞれのアウトカムを測定するにあたっては、AMI等のように患者の疾病応じて焦点を当てていく必要がある。
- ・ また、疾病予防や治療、リハビリテーションなど、地域住民や患者の各コンディションに応じた測定が求められている。
- ・ 同時に **System Level** における指標の開発にも取り組んでいる。

- ・ こうした取り組みの成果として、現在 **National Priorities Partnership** を編纂中であり、今夏以降公表の見込みである。
- ・ 我々は、今後（電子診療録の普及などに伴って）さらに得られる情報が増えた場合を想定して **Pay for Performance** を検討している段階である。

2) Keynote Address: Provider Recognition Programs

Peggy O' Kane 氏 (NCQA) による講演

- ・ これまでのヘルスケアリフォームは主に民間部門を中心に進められてきた。
- ・ データ測定の場合でも、HEDIS、CAHPS などが活動している。
- ・ 我々は、臨床医を対象とした臨床指標の測定と、その結果に基づく臨床医の表彰などを通じて貢献してきた。
- ・ 継続してデータ収集してきた臨床指標を見ると、質の改善が観察される。
- ・ そして、今後重視されるのは **payment reform** である。例えば、糖尿病ケアに対する支払い方法において、科学的根拠（具体的には臨床指標）による評価を加味することが考えられる。
- ・ **payment reform** を通じてさらなる医療の質向上を目指したい。

3) Keynote Address: Challenges on the Ground in Performance Measurement

Peter V. Lee 氏 (Pacific Business Group on Health) による講演

- ・ 民間保険者による臨床指標の測定、インターネットを通じた評価指標の公開、州政府と連邦政府による各種取り組みを通じて、臨床医評価指標に関する議論が拡大している。
- ・ 例えば、「五つ星臨床医」といった情報までインターネットで提供されている。（もちろん「一つ星臨床医」も）
- ・ 例えば民間保険者は、評価結果を臨床医さらなる効率化を目指す教育に活用している。
- ・ その他にも、指標の測定とその公開は、医療提供者の改善しようとする意思、患者が医療機関を選択する際での活用、などを通じて質と **affordability** の改善の基本的要素となっている。
- ・ こうした背景を踏まえ、以下の事項が臨床医の質の測定、公開に求められる。①測定は患者と臨床医の臨床行為にとって有用である、②それらには活動性の測定を含める、③測定の方法論は公開され他への適用が可能である、④連邦レベルでの標準化に最大限努める。

Mini summit II

Medicaid Pay For Performance Program

メディケアに PFP を導入している各州の状況に関する報告
 ニューヨーク州の経験から

- ・ ニューヨーク州では1994年からメディケアへの Pay for Performance 導入への検討をはじめた。
- ・ ニューヨーク州は、摩天楼から北部山間地域まで多様な地理的条件を持つ。
- ・ 臨床指標として、HEDIS のニューヨーク州版による点数（100 点分）、CHAPS による点数（30 点分）、その他に fiscal and provider network reports（20 点分）を用いている。
- ・ 臨床指標は、改善している。
- ・ 今後の課題として、さらなる質改善への支援、焦点（測定領域）を絞ったアプローチの検討、HIT の活用、パフォーマンスの低い群への対応（no-pay ではないだろう）。

アリゾナ州の経験から

- ・ 臨床医には P4P への抵抗（不信）がある。（指標として評価されない部分の存在は米国医師会からも指摘されていた。）
- ・ 意味のあるデータの収集、CMS の要求への合致、単なる MCO の「勝者と敗者」の構図とならないことへの配慮、意味のある褒賞などといった点が今後の課題である。

PPF SUMMIT CONCURRENT SESSION

1.01 Government Programs: CMS/Premier Demonstration – Innovations in Health Quality Performance and Outcome Research

CMS と PREMIER による P4P 導入効果の検証

- ・ 各臨床指標は、病院では改善しているが、診療所では大幅な改善は見られない。
- ・ コストも改善しているが、コストの定義は水平方向には統一されていない。

2.01 Government Programs: Lessons Learned from the CMS PGP Demo – Emphasis on Heart Failure

CMS と協働した Physician Group Practice 評価（PGP）への取り組み

- ・ 心疾患を対象として、地域医療の質検証を進めている。ベースラインデータの測定は2004年から開始しており、現在3期目である。
- ・ 目標は、Part A 病院と Part B 病院の連携の促進、効率的な方法を用いた高額医療費患者や慢性期患者への対応、メディケア支出増加の低減、である。
- ・ 同一郡内において、PGP 実施医療機関群と非実施群の1人当たり医療費の伸び率を、リスク調整したうえで比較する。
- ・ 外来患者に対して、電話による患者の経過観察を続けるなどの取り組みを実施し、ポピュレーションストラテジーを実践した。
- ・ 第1期の結果が2007年7月にCMSから公表され、多くの組織で連邦ベンチマークを上回る良好な結果であった。

3.01 Government Programs: Medicare Value Based Purchasing from Bench to Clinical Practice

CMS による Value- Based Purchasing への取り組み

- ・ ベースラインデータの測定が3月から、モデル州において開始される。
- ・ データ収集への対応として、コンピュータネットワークを構築したところである。
- ・ 同時に臨床現場へのサポート体制も構築しており、準備は順調に進んでいる。

4.02 Modern Leadership and Pay for Performance

P4P への現代的リーダーシップ論の適応

Katharina JANUS コロンビア大学准教授によるプレゼンテーション

- ・ 何らかのプログラムにインセンティブが設定されていても、プログラム参加者のうち数%はそれに応じない。例えばドイツでは、より低価格な後発医薬品への切り替えを進めるべく、インセンティブを設けているが、それでも応じない数パーセントの臨床医がいる。
- ・ 彼らは明確な意思をもって切り替えていないことを、リーダーは考慮しなければならない。

《2月29日》

CLOSING PLENARY SESSION

1) Keynote Address: Expanding P4P: IHA Value- Based Purchasing of Drugs, Biologics and Medical Devices

James Robinson 氏 (Health Affairs) による講演

- ・ 薬剤、バイオロジクス、医療機器への支払いにおける P4P 導入の可能性と課題に関する議論。

2) Keynote Address: CMS and Value- Based Purchasing

CMSVBP 担当官による講演

- ・ VBP はメディケアを「passive payer」から「active purchaser」へと変革させる。
- ・ 不必要なコストを削減することで、より良い質をもたらすツール、インセンティブとなる。
- ・ CMS の VBP には、大統領予算、連邦議会の関心、議会への MedPAC 報告、IOM による報告、民間機関（民間保険者、雇用者）などからの支持がある。
- ・ Hospital Quality Initiative など、様々な VBP 関連事業を進めていく。
- ・ 臨床医の医療の質を測る取り組みとして、PQRI (physician Quality Reporting Initiative) の導入を検討している。
- ・ またより効率的な医療の提供を目指して、臨床医の医療資源利用状況の調査なども進める。

3) Keynote Panel: Is Efficiency Measurement in High Stake Programs Ready for Prime Time?

臨床医によるパネルディスカッション

- ・ IT 部門がない（小規模な）医療機関があるなかで、全臨床医からの電子的なデータ収集は可能であろうか。また、収集したデータのクオリティの問題がある。
- ・ データ提出について、臨床医へのフォーカスグループインタビューをした結果、個別臨床医へのフィードバックへの関心が高い一方で、データの使われ方に対する危惧もあった。
- ・ 臨床医は、指標への関心と敬意をもち、患者への貢献を考えなければならない。

Mini summit VI

Building Successful Efficiency Measurement: Lessons from the Field

テーマ：過剰使用と誤使用を減らすために効率性を測定することで、質の枠組みの中にコスト意識を持ち込む

- ・ 効率の測定にあたって、成功のカギとなる要素は、（１）判定ではなく改善に焦点を当てる、（２）利害関係者との良好な関係づくり、（３）コストではなく **actionable** な測定とする、（４）洗練されたツールの使用と臨床医への敬意を通じて臨床医からの信頼を得る、（５）臨床医の改善への関与を保ち続ける。と言ったことである。
- ・ 現場の経験から、効率性を測る指標は必ずしも適切な使用や過少使用、誤使用などを示していないこともあることが指摘された。

参考文献

- 1 Williams TR, Raube K, Damberg CL, Mardon RE. : Pay for performance: its influence on the use of IT in physician organizations. J Med Pract Manage. 21(5):301- 306. 2006.
- 2 Integrated Healthcare Association: Advancing Quality Through Collaboration: The California Pay for Performance Program. 2006.
- 3 Integrated Healthcare Association: Pay For Performance. A Business Case for Rewarding.
- 4 Integrated Healthcare Association California Pay for Performance Program: Measurement Year 2008 P4P Draft Manual. 2008
- 5 Centers for MEDICARE & MEDICAID Services: Report to congress: Plan to Implement a Medicare Hospital Value- Based Purchasing Program. 2007.
- 6 Centers for MEDICARE & MEDICAID Services: The CAHPS Hospital Survey (HCAHPS) FACT SHEET. 2007.
- 7 Glickman SW, Ou FS, DeLong ER, Roe MT, Lytle BL, Mulgund J, Rumsfeld JS, Gibler WB, Ohman EM, Schulman KA, Peterson ED.: Pay for performance, quality of care, and outcomes in acute myocardial infarction. JAMA; 297(21); 2373- 2380. 2007.
- 8 Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, Bratzler DW.: Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. N Engl J Med. 356(5); 486- 96. 2007.