

アメリカにおける医療費適正化政策：効果と限界

小林 均

はじめに

アメリカの医療システムの特徴は、供給 (delivery) と資金調達 (finance) において、私的部門を中心に構築されていることである。市場中心、自己責任の国では、一部の弱者のみ、すなわち、高齢者と低所得者を救済すればよいという思想が背景にあると思われる。そうしたアメリカでの医療問題は、医療費の高騰と無保険者の存在の二語に尽きる。無保険者の存在は、国民皆保険を採用していないので、それ自体よりはその中身が問題と言えよう。医療費の増大とその抑制・適正化は、アメリカのみならず、そして公私を問わず、各国共通の直面する課題である。本稿では、他の国と制度の異なるアメリカにおける医療費の適正化問題に焦点を絞り、適正化政策の効果と限界について明らかにしたいと思う。

I アメリカの医療制度

民間保険を中心とするアメリカでは、雇用主加入健康保険と呼ばれる保険でほとんどの労働者がカバーされている。この保険によって1990年で65歳未満人口の70%がカバーされている。残る15%が公的・私的の組み合わせによってカバーされている。おおよそ14% (3,300万人) が

無保険者である。1940年には人口の10%だけが何等かの保険に入っていたのに比べ、かなりの変化である。

1 雇用主加入保険

この雇用主加入健康保険は雇用主が保険を購入しその費用のすべてか一部を保険会社に支払うものである。この保険料は雇用主の課税所得にならず、また従業員の課税所得にもならない。1977年と1987年では、雇用主が支払った実質平均保険料は1,111ドルから1,656ドル (1987年価格) と49%上昇している。それに対して実質家計所得のメディアンは8%しか上昇していない。

こうした制度が存続する理由の一つに、会社全体で加入することで1人当たりの保険料が低減できることがあげられる。より重要な理由は、雇用主の保険料負担が連邦所得税、州所得税や社会保障税の課税対象とされないし、従業員レベルでも課税されないことである。これは、労働者にとってのネットの保険料価格を税率分だけ低下させる効果を持つ。したがって高い税率が適用される高額所得者は多額の補助を手にし、過剰なカバレッジを購入しようとするインセンティブを持つことになる。それが過剰医療をもたらす医療費の高騰の一因となっていると言われる。また実際には費用負担の転嫁がなされていることが指摘されている。極端な場合

1,000ドルの保険を購入した雇用主は1,000ドル低く賃金を支払う。

2 公的医療

アメリカの公的医療は、メディケアとメディケイドからなる。メディケアは65歳以上の老齢年金受給者、障害年金受給者、慢性腎臓病患者を対象とした社会保障法に基づく公的医療保険制度で、1965年に創設された（施行は1966年）。メディケアは、パート A（入院費用等をカバーする入院保険）とパート B（外来診療などの費用をカバーする補足的医療保険）から構成される。

パート A は、65歳以上の老齢年金受給者、65歳未満の障害年金受給者および慢性腎臓病患者が給付の対象で強制加入である。パート A は、125,000ドルの所得まで2.9%の社会保障税（雇用主と従業員の折半）で賄われ、オン・バジェットである。一方パート B は、任意加入で、65歳以上ならば誰でも加入できる。パート B は、加入者の保険料（1993年は月額36.60ドル）と、一般財源とで賄われている。1996年で保険料はパート B 収入の25%を占めるに過ぎない。

パート A では受給対象者が病院への支払いの一部を自己負担している。それは定額負担（deductible）で、1989年では560ドルであった。さらに定額の自己負担を超える部分の一部を負担するのが共同保険率（coinsurance rate）や定率負担（copayment）で、61～90日の入院に伴う費用の25%になっている¹⁾。

メディケア受給者の多くは、メディケアでは支払われない定額負担あるいはそれを超える医療費の一定割合を負担する定率負担の一部あるいは全部を民間医療保険に加入して補っている。このような民間医療保険は、通常「メディ

ギャップ（medigap）」保険と呼ばれている。1990年でメディケア受給者の77%の人が加入していた。

メディケアと同様に1965年に社会保障法に基づき創設されたのが、メディケイドである。これは、保険制度ではなく、一部の低所得者を対象とする医療扶助制度である。州政府および連邦政府が共同で管理しているメディケイドは、州の財源と連邦からの補助金からなる。メディケイドの受給対象者は、カテゴリカリー・ニーディーと「医療困窮者（medically needy）」にわかれる。メディケイドの適用資格要件は州によって異なるが、低所得ではないが医療や長期ケアに多額の支出をしている多くのアメリカ人は、メディケイドの「スPENDダウN（spend down, 医療や介護支出などで所得や資産が貧困水準以下に落ち込むこと）条項」によって「医療困窮者」となり、メディケイド給付を受けられるようになっている。

II アメリカの医療の現状

よく知られているアメリカの医療費の上昇も、それは市場中心のアメリカ医療制度の固有の問題であるという認識がなされることがある。しかし多くの国にとって医療費の高騰に対する医療費の適正化は、共通の今日の問題である。アメリカの医療支出の特徴は、次のように要約される。

①アメリカの医療支出は1970年代中葉から爆発的に増大し始める。総医療支出の国内総支出に対する比率は、つねに高水準であり、1992年では世界一である。特筆すべきことは1980年代総医療支出の国内総支出弾力性が世界一であり、1970年代に比べ増加しているのは、アメリ

カの他にはカナダとイタリアぐらいのものである(表1.1参照)。これは他の国が低成長下でヘルスケア支出の圧縮に乗り出したのにアメリカはそうでなかったことに起因する²⁾。その原因がまさに重要で、医療技術の発展とその普及にあったことは多くの論者の指摘するところである。②市場中心のシステムをとっているにもかかわらず、政府支出の伸びがとりわけ大きいのもその特徴である。連邦政府のヘルスケア支出は、70～81年の対GDP比の平均1.3%から93～94年の平均3.4%に増大した。特に1989年からの上昇が際立つ³⁾。メディケアへの連邦支出は、1967年(プログラム最初の年度)では34億ドル(176億ドル、1989年価格)でGNPの0.4%であったものが、1990年では1,066億ドルでGNPの2.0%にまで増大している。その結果、総医療支出に占める公的支出は、増大の一途を辿り1992年で45%を超えている(表1.2参照)。

公的部門における医療支出の増大の背景として、医療支出増大の共通の原因である、①高齢化、②第三者支払い、③医療技術の発展、④償

還システムがあげられる。これらの中で②、③、④は保険におけるいわゆるモラルハザード問題と関連するとともに相互に関連し、アメリカの医療制度改革論議の最も中心的課題と位置づけられている⁴⁾。政府支出の増大の制度的要因として、①と関連するが、連邦政府がメディケア患者の受ける医療の75%を負担していることである。特に重要なのはメディケア受給者の90%が、「出来高払い (fee-for-services, FFS)」の医療を受けているという現実である⁵⁾。またメディケイドの支出は、1967年には76億ドル(1989年価格)であったものが、1989年には593億ドルで連邦政府はその57%を負担している。最近の特徴として、ナーシングホーム・ケアに対するメディケイドの支出が増大しており、高齢者の長期ケアに対する支出が1989年でメディケイドの支出の25%に上り、高齢者を対象にしたプログラムになりつつあることである。一部低所得者を対象とするメディケイドは、1995年で支出の三分の一は高齢者向けであり、残りの三分の二は障害者と困窮者に平等に支出されているの

表1.1 主要国の健康総支出の変化

	健康総支出/国内総支出 %					健康総支出の国内総支出弾力性		
	1960	1970	1980	1990	1991	1960-70	1970-80	1980-90
Australia	4.80	5.60	7.10	8.30	8.60	1.08	1.21	1.11
Canada	5.30	7.20	7.50	9.50	9.90	1.28	1.01	1.21
France	4.30	5.90	7.50	8.80	9.10	1.31	1.20	1.19
Germany	4.90	6.00	8.40	8.80	9.10	1.32	1.44	1.11
Italy	3.60	5.20	6.60	8.10	8.30	1.48	1.07	1.16
Japan	3.00	4.60	6.50	6.70	6.80	1.30	1.27	1.03
New Zealand	4.20	5.10	7.20	7.10	7.70	1.16	1.26	1.06
Sweden	4.70	7.10	9.20	8.60	8.80	1.54	1.22	0.87
Switzerland	3.30	5.10	7.00	7.90	8.00	1.70	1.63	1.13
United Kingdom	3.90	4.60	5.90	6.00	6.60	1.23	1.15	0.96
United States	5.30	7.40	9.20	12.20	13.30	1.41	1.21	1.30
OECD TOTAL	3.90	5.10	7.00	7.80	8.10	1.41	1.24	1.09

出所：OECD (1993) p 18.

表1.2 主要国の公的医療支出の総健康支出に占める割合 1970-92

	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992
Australia	56.70	72.80	62.90	71.50	68.10	67.50	67.60
Canada	70.20	76.40	74.70	74.70	73.10	73.40	72.70
France	74.70	77.20	78.80	76.80	74.50	74.80	74.80
Germany	69.60	77.20	75.00	73.60	71.50	71.40	71.50
Italy	86.40	86.10	81.10	77.10	77.80	78.30	75.20
Japan	69.80	72.00	70.80	72.70	70.80	71.60	71.20
New Zealand	80.30	83.90	83.60	85.20	82.20	78.90	79.00
Sweden	86.00	90.20	92.50	90.30	89.70	88.60	85.60
Switzerland	63.90	68.90	67.50	66.10	68.40	68.60	67.90
United Kingdom	87.00	91.10	89.60	86.30	84.40	84.30	84.40
United States	37.20	41.50	42.00	41.40	42.20	43.90	45.70

出所：OECD (1996) p 33.

が現実である⁶⁾。1995年でメディケイドはナーシング・ホーム支出の約半分を支払っている。

メディケア（パート A）は、1981年以降在宅ヘルスケアに支出を行っている。この支出の急速な増加が、パート A の財政状態の悪化の大きな要因となっている。パート A の信託基金への払込みは支出の増加に見合っていないので、財政上の崩壊に向かっている状態である。1996年に単年度53億ドルの赤字となり、2001年には、債務超過の恐れがある⁷⁾。また2010年にはベビーブーマー世代の高齢化に伴い医療・年金支出が急増し財政赤字が危機的状況になるという危機が存在する。それゆえにメディケアの改革が財政改革の中心的課題となっている。

IV 公における適正化政策

公的部門の医療支出において適正化政策が論じられる最大の要因は、高水準な総医療支出とその急速な増加への危機もさることながら、財政赤字の解消という課題との関連である。公的部門の医療支出の圧縮が緊急の課題と受け止め

られているのである。特にパート B の支出の増加は統合赤字に直接はねかえるので、その抑制は緊急な課題である。

医療費の適正化を論ずる際に、ここでは適正化を適切さ (appropriateness) の追求と解釈する。それは二つの効率性を意味し、供給費用がリーズナブルなレベルの資源利用を超えてはならないマクロ効率性と、一定の質を最小の費用で達成するミクロ効率性である⁸⁾。

1 メディケア（パート A）における PPS の導入と効果

アメリカの医療支出の増大の要因のうち、1980年代の医療価格インフレーションは、公私における医療費抑制のきっかけとなった。1983年以前は、メディケアにおける病院への支払いは適正とみなされる費用に基づく方式で、開業医へは FFS で償還されていた。1980年代に入り費用コントロールは規制・計画から競争へとパラダイムの変化を経験した。1981年に誕生したレーガン政権は、健康保険プランがシェアと参加者を求めて価格とサービスをコントロール

するシステムの導入を図った。しかし、1983年レーガン政権は、それまでの事後的・出来高払いのシステムに変わって、事前的・均等償還の「予測支払いシステム (Prospective Payment System, PPS)」と呼ばれる一律の政府公定価格制度をメディケア (パート A) に導入した。これは処置が行われる前に、病院にどれだけ支払うかを決定するものである。支払いは患者の病気の診断に依存する。各患者は約470の「診断関連群 (diagnosis-related groups, DRGs)」に分類され、医療問題のタイプ別にリーズナブルとみなされるものに基づいて支払いが行われる。虫垂炎が2,000ドルとされると、病院は費用にかかわらず2,000ドル、メディケアから支払いを受けることになる。

実際 PPS の導入による抑制効果が確認されている⁹⁾。一方一日当たり9.8%、入院当たり14.1%費用低減があり、平均入院日数が6.5%短期化したが、11.7%の入院率の上昇の結果、ネットの削減効果は最大2.4%に過ぎないという報告もある¹⁰⁾。

PPS の下では、病院側に医療費を低くさせようとするインセンティブが起こる。なぜならば治療費が少なければ儲けが増えるか、他の用途に資源を回すことが可能になるからである。メディケア (パート A) における PPS の導入に対する批判・問題点として、①病院は、入院の短期化を行い、入院率を高めるといった対応をとる。②設定支払い価格が費用より低い場合、治療の質を下げるのが予想される。③メディケア患者を赤字で治療して、その赤字分を民間保険の人から余計に取る。いわゆる費用転嫁の問題である。また極端な場合治療を拒否する。かくして、予算上費用が削減されても、隠れた費用が治療の量あるいは質の低下という形で発生する

というのである。

①に関して実際起きたことは、入院の短期化であり、入院率の低下であった。入院率低下の原因は医療技術の発展で診断された病気が外来や在宅医療が可能になったことに加え、外来や在宅医療が規制のない異なる支払手段つまりFFSで治療がなされるからである。最も大きな問題は、急性治療指定病院からFFSで償還される高度医療施設や長期療養病院への転院が促進されたことである。これは費用転嫁の一つと言える。②の批判に関連して、実際これを防止するために、政府は「凝視検査機構 (Peer Review Organizations), PROs」を制度化して適切な治療がなされるようにモニターした。しかし PPS の悪影響を確認するまでに至っていない。PPS の定額制と治療の質との関連では、質の低下はなかったとされている¹¹⁾。③では、民間への費用転嫁の試みが実際なされたが、成功に至らなかったと言われる。なぜなら民間の保険者や大規模な雇用主は購買力を生かし対抗したのだ。

2 メディケア (パート B) における RBRVS の導入と効果

1992年のはじめ以前は、メディケア (パート B) における開業医への支払いは FFS ベースで償還していた。この制度によって、メディケアの開業医への支払いは急激に増加した。1970年16億ドルであったものが1988年には242億ドルになった。この急激な増加に対抗して、1992年1月よりメディケアは開業医への支払いを、「資源ベース相対価値尺度 (a resource-based relative value scale, RBRVS)」という全国一律の料金システム、診療報酬点数表 (a fee schedule) を採用し料金規制を図った。

このRBRVSは、医師が供給する各サービスで使用される資源に基づいて償還を行い、各サービスは事前相対価値を持っていることをその特徴とする。事前相対価値は①供給における時間と密度(intensity)、②間接費を反映する治療支出、③供給関連の誤診支出に依存する。RBRVSの特徴は、①新診療表は専門医と総合医との所得格差の是正を目的とし、専門治療よりプライマリケアへの償還を引き上げている。②医師サービスへのメディケア支出の増加の抑制を目的とし、全体の支出の伸びが急激であると、個々のサービス支払率を引き下げる。

このRBRVSに対して、開業医と病院は管理価格に抵抗する姿勢を示した。それは①高い支払率を受ける治療に請求書を送る(upcoding)、②一つの治療をコストのかかる二つ、三つの部分に分割して請求書を書く(unbundling)ことである。

RBRVSの導入側の初期の予測は、開業医は価格の低下に伴う収入の潜在的な減少の半分を、サービスの増加で相殺するであろうというものであった。そこで医師の減収相殺行動を防止するために量的パフォーマンス基準(volume performance standard)が設定された。

RBRVS導入の効果を最終的に判定することは困難な仕事である。管理医療やRBRVSは専門治療、高度診療、健康維持(therapeutic)サービスより、時間集約的診療、プライマリケアに有利になる償還をもたらした。これは専門化する誘因を弱める。HMOにおいても門番(gatekeeper)としてプライマリケアの医師が行動している現実がある。既にこのRBRVSによってプライマリケアの医師の力が増していると言われている。

実際、専門医の不足あるいは超過が問題点と

してあげられている¹²⁾。また既に同様な制度をとっていてメディケアより償還率の低いメディケイドの経験が指摘されている。医師の75%だけがメディケイドの患者を進んで治療し、極端な場合は55%しか治療しなかったとも言われる。しかし*Economic Report* (1997)によると、導入後の1996年までパートBの支出は著しく増加した。その原因として、ある程度の量的拡大と新技術の発展があげられている。

3 まとめ

メディケアにおける上述の二つの抑制政策は、当該の入院コストと医師コストの双方の抑制に役立ったが、メディケア総支出の抑制につながらなかった¹³⁾。*Economic Report* (1997)はその原因として、①医療サービスの中でその量と密度が政策の影響を受けなかったものがある、②供給されるサービスの種類の急速な変化、③改革対象でない外来サービス、高度医療施設、在宅ヘルスケアへの支出の急速な上昇、をあげている。そしてさらにその理由として①在宅ヘルスケアは、需要、供給両サイドで過剰要因を持っている、②技術の向上による、外来治療の容易化、③二つの抑制策に対して医療供給者における他のサービスで代替することで収入を維持しようとするインセンティブの存在、を指摘している。

一つの対策として、DRGの外来治療への拡張があげられる。しかしサービスの種類が広くなれば適切な償還率の設定が難しくなる。治療コストの幅が大きく、病院に安い治療を選択させる誘因を与える。さらには病院の財政状態に気を遣う医師に所得の最大化を図るような圧力を与えかねないという¹⁴⁾。治療に必要なものより高価なDRGに割り当てられ、病院がより大き

な償還を得る、いわゆる DRG クリープが発生する可能性が存在する。

IV 民における適正化政策

医療の質を維持しながら増加する医療費に対抗するために民間で考案されたのが、統一的医療 (coordinated care)、管理医療 (managed care) と呼ばれるものである¹⁵⁾。患者の医療の過剰消費、供給者による過剰供給を、抑える手段としての管理医療が注目され出したのである。

1 利用コントロール(Utilization Control)の重要性と可能性

医療費の適正化にとって最も重要と考えられるのが、治療の適切度の判定と思われる。技術の普及と気前のよい償還システムとが統合して、高水準の不必要かつ不適切な治療がなされているのではないかというのが多くの人の指摘するところである。

保険会社が急増する支払いに対する手段として最初に採用したのが、監視、事例管理 (case management)、外科手術における三者意見 (second opinion) である。そして1970年代以降の医療支出の増加に対抗すべく考案されたのが、均等償還と医療サービスの直接監視が可能な統一的医療、管理医療のシステムであった。

1980年代に、ランド (RAND) とその他の研究が高水準の不必要な治療を推計し、それが、医療サービスの適切さと効率性を評価する利用検査 (utilization review) の成長に寄与したと言われる。利用検査の発展により、ランドによれば実際不必要な治療はほとんどないと言われている¹⁶⁾。これは不必要な治療を減らすことで医療費の削減を目指す努力に重要な含意を持

つ。

この利用コントロールの利点は、第三者支払者を従来の受身的立場から診断・処置過程の積極的参加者としてその役割を変えたことにあるとされる。実際1990年で80%のグループ保険が費用のかかる事例管理を行い、慢性病をモニターする事例管理者 (case manager) を使用し、約45%が入院前証明 (pre-admission certification) と同時病院検査 (concurrent hospital review) を必要とした¹⁷⁾。

Feldstein 他 (1988) は病院に関して患者に義務づけられた利用検査の費用抑制効果を調べた。それによると利用検査が入院を12.3%、入院日数を8%、病院支出を11.9%それぞれ減少させ、医療費全体で8.3%減少させたとしている。

事前承認と同時検査を持った利用検査制度を通じての医療供給がもたらす国民医療費1%減少効果、また1年間の利用検査の試行で主として入院日数の減少による4.4%の医療支出、8.1%の入院支出の減少結果が報告されている¹⁸⁾。

利用検査の問題点としては、①医師への運営上の負担が増える。②検査への一定のアプローチがないために利用検査産業の基準と規制の欠如は、患者に負担をかける。

しかし利用検査システムが不完全なものであっても、医療費の適正化にとって重要な要素であることは否定されるべきものでない。なぜならば患者と供給者とがともに監視されるので。しかし最も困難なのは、何をもちいて適切、必要とするかの判定上の問題である。つまり医療の質をいかに判断するかの問題である。

2 HMOs の特徴と効果

民間保険では費用に基づく支払い方式がなさ

れ、それが技術革新や医療研究の発展、質の向上に寄与したと言われる¹⁹⁾。1960年代に入り経済成長が鈍化して、費用削減策がとられるようになった。それが1930年代、40年代に既に発展されていた「健康維持組織、Health Maintenance Organization, HMO」の新たな展開である。1973年議会はHMOの成長を促進するためにHMO法を施行し、連邦資金が投入された。雇用主はHMOを選択肢として従業員に与えることを求められた。HMOの会員は、1980年の910万人から、1987年の2,860万人に拡大している。1995年で6,450万人に上る。

HMOの一般的特徴は、決められた包括的な健康サービスを自発的に会員になった人に供給する管理医療供給組織グループであることである。さらに定額制で医療供給者と保険者との一体化がその特徴としてあげられる。その形態は多様で、グループモデル(HMOの保険者が単一の総合専門医療グループと独占契約を結び、時にはそのグループが病院を所有)、ネットワークモデル(HMOの保険者が二つ以上の独立医療グループと契約を結ぶ)、スタッフモデル(供給と資金調達が一体化し病院を所有)、IPA (independent physician association) モデル(独立開業医協会が独立の開業医や彼等の緩やかな組織と直接契約を結ぶもの)がある²⁰⁾。

HMOにおける医療供給の最大の特徴は、門番と呼ばれる、プライマリケアの医師の存在である。彼等は専門医療、入院、在宅医療への患者のアクセスをチェックする。それによって、利用をコントロールするのである。

また多くのHMOは医療供給者・医師への支払いを定額(capitation)あるいは給与ベースで行う。このシステムの下では、医師は患者への医療供給のコストと効果(利益)の双方を考慮

する立場に置かれる。つまり、医師が患者のエージェントだけでなく、保険者のそれであることを意味する、いわゆる二重エージェント(double agent)の問題が発生する²¹⁾。

さまざまな医療供給形態をとるHMOの中で、最近増えているのが、サービス別(point of service)、高度(hybrid)、自由(open-ended)選択を持つHMOである。これは会員に医師の選択の幅を拡大するもので、会員に未契約医療供給者の診療を認めている。但しこの選択をした会員は、付加的定額負担、共同保険という新たな負担をすることになる。1991年1月現在で100万人以上の人がこの選択を持った116のHMOと契約している。

この管理治療、HMOが医療支出に与える効果に注目が集まるのは当然のことである。ランド研究所の研究によると、HMOの会員は伝統的保険のFFSグループに比べ、1人当たり年間支出が25%少なく、入院が40%少なく、入院しても40%日数が少ないことがわかっている。質の面では、HMO参加者の健康状態の変化はとりたててないと言われている。CBOの研究によると、スタッフ型あるいはグループ型HMOによる供給がなされるならば、国民医療費が10%ぐらい減少すると推計されている²²⁾。

3 PPOsの特徴と効果

HMOと並んでもう一つの費用封じ込め手段が「優先供給者組織(preferred provider organization, PPOs)」である。FFSの損害保険とHMOの性格を持ったもので、HMOよりは緩やかな組織である。PPOsは医療における自由選択というアメリカ文化を背景に、従業員給付の主要な基準となった。非PPO供給者より料金を安くするという割引制度に同意した医療供

給者のネットワークと契約を行う。

PPOsはHMOsより柔軟的でプロバイダーの選択に自由度を与えている。非会員プロバイダーの選択を、付加的負担を課し認めている。PPOsも多様な形態を持ち、HMOsとの線引きをするのが困難な場合もある。

PPOsの方が、伝統的な保険より費用増加が小さいという証拠が増えている。しかしHMOsとの比較では、PPOsの方が、傾向的に6～8%平均年間の医療費が多いという研究があり、また入院日数でも多いという研究がある²³⁾。PPOsの成功の成否は、医療サービスの適切さと経済性を評価する利用検査を継続的に進んで行う供給者と契約できる能力にあるとされている。

結びにかえて

アメリカにおける適正化政策を論ずるにあたっては、文化的特性である自由選択、その具体的表現である市場メカニズムへの信頼を抜きに考えられない。アメリカで考案された管理医療は第三者支払者による患者、医師双方のモラルハザードをコントロールして効率的医療供給を約束するものの一つと考えられている。HMOのうち特にスタッフ型HMOsあるいはグループ型HMOsは、最も効率的な供給者として期待されている。

管理医療が費用抑制手段として期待され、消費者が容易に利用できたとしてもその発展には限界があると言われている。その理由としてかなりの消費者は管理医療における均等払いにおける二重エージェントに危惧を持つ。アメリカ国民にとって医者を選択する、それを可能にするFFSの要素は不可欠なのである。つまり、価格・保険料によってのみ消費者はそのサ

ービスの質を判断できるという市場システムへの信頼を無視しえない。

現在アメリカでは費用抑制の要請からメディケア、メディケイドのHMOへの加入が進み²⁴⁾、一方HMOはその行き過ぎた効率性を是正するために、患者が治療に関して幅広い選択肢や決定権を持つようにシステムの変更をするものが現れている²⁵⁾。アメリカ国民にとって最大の価値は自由な選択であり、それと高水準の医療、費用削減、アクセスの容易さをいかにバランスさせるかは非常に困難な問題である。

医療費の適正化を語る時、財としての医療の特殊な性格を無視することはできない。医療システムは、サービスの供給者(provider)と保険会社(支払者)と患者(消費者)の三つの主体から構成され、利害関係者が多いことである。そして何よりも重要なのは、医療行為の適切さ、すなわち質の判定の問題がある。特にマイクロ効率性の意味での適正化において、質そのものの判定は不可欠である。それには、まず医療資源の投入とその結果の情報が得られ、その情報が公開され多くの関係者が判断できるようにしなくてはならない。そしてさらに厄介な問題は、質そのものが技術革新と深く関連し、技術革新が費用増加的であるところにある。アメリカにおける医療費高騰の最大の要因は医療技術の発展とその普及にあり、それを可能にしたのがFFSの保険制度である。費用コントロールを容易にする中央集権的方法を嫌うアメリカにおいて²⁶⁾、事前的・定額支払要因が費用抑制を可能にしたとしても、絶えざる医学の発展、医療の質の改善をいかに取り扱うかという医療供給固有の課題と対峙し続けねばならない。これこそが医療問題の解決を永遠のテーマにするゆえんである²⁷⁾。

注

- 1) 1992 (1993) 年で、各病気について (spell of illness) 最初の60日入院に定額控除652 (676) ドル、61~90間は一日につき163 (169) ドル。
- 2) Aaron (1996) は、アメリカとその他先進諸国との医療費の相違の要因を GDP 成長の低迷とそれに対する医療費への政策的対応の相違に求める。p 53 参照。広井 (1994) は、1980年代以降の医療費の経済全体における動きについて、アメリカの伸びは価格の上昇によると分析、日本の伸びの鈍化は政策的対応と自然増そのものの鈍化と分析。22頁参照。
- 3) Economic Report (1995), p 72.
- 4) クリントン提案を含め、アメリカの医療改革については、小林 (1995) を参照。
- 5) Economic Report (1997), p 118.
- 6) Economic Report (1997), p 134.
- 7) 「日本経済新聞」1997年4月26日7面。
- 8) マクロ効率性、ミクロ効率性は、OECD (1996), p 126.
- 9) 広井 (1994), 173頁。
- 10) Culyer (1990), p 38.
- 11) Economic Report (1997), p 124.
- 12) Economic Report (1993), p 131.
- 13) Economic Report (1997), p 120.
- 14) Culyer (1990), p 38.
- 15) 1980年代中期にメディケアも HMO と契約を始めた。
- 16) Wall Street Journal (1993) では、ランドの研究の限界に言及している。患者に選好とか実際の結果について聞いていない。データベースの必要性を指摘する。さらに不必要、不適切の定義が困難であることを力説している。
- 17) Hoffmeyer 他 (ed.) (1995), p 1238.
- 18) Hoffmeyer 他 (ed.) (1995), p 1239.
- 19) Baumol (1989), Newhouse (1992) は医療技術の発展が医療費高騰の原因であり、Weisbrod (1991) は資源利用が供給者によって決定されることを指摘した。
- 20) Hoffmeyer 他 (1995), p 1186-1187. Luft (1994) は、IPA (independent practice association) が FFS の開業医グループと主として契約するものを、独立の開業医のネットワークとの契約なので、「ネットワークモデル」と呼ぶ。p 46 参照。
- 21) Blomqvist (1991).
- 22) Hoffmeyer 他 (ed.) (1995), p 1237.
- 23) Hoffmeyer 他 (ed.) (1995), p 1237.
- 24) メディケアにおける管理医療への依存がむしろコストをあげていると言われている。Economic Report (1997), p 125-26.
- 25) 「日本経済新聞」1997年3月31日付参照。また行き過ぎた効率性の例として、一人当たり診療時間15分、決められた処方薬、門番の存在。また「日本経済新聞」1996年10月19日付では、薬剤給付管理会社による調剤医療費のチェック、「日本経済新聞」1996年10月20日付では、管理医療は普及段階から、中身を問われる時代に入ったことが報道されている。
- 26) 費用抑制は中央集権的方法によるのが容易である。Culyer (1990), p 36, Aaron (1996), p 57.
- 27) いわゆる日本の医療技術のただ乗り論について、広井 (1994) を参照。Aaron (1996) は最近の医学の発展が病気になりやすい体質を同定し、それを抑え込む能力の発展の段階である。その医学の発展と医療費の適正化との問題の困難さを指摘している。p 57 参照。

参考文献

- Aaron, Henry (1996), "Thinking About Health Care Finance: Some Propositions" in *Health Care Reform, The Will to Change*, OECD.
- Baumol, William J. (1989), "Containing Medical Costs: Why Price Controls Won't Work," *Public Interest* 93: 37-53.
- Blomqvist, A. (1991) "The Doctor as Double Agent Information Asymmetry Health Insurance and Medical Care". *Journal of Health Economics*. No. 10. pp. 411-32.
- Culyer, A.J. (1996) Cost containment in Europe," in *Health Care Systems in Transition*, OECD.
- Economic Report of the President* 1993. (1993) Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Economic Report of the President* 1995. (1995) Washington, D.C.: U.S. Government Print-

- ing Office.
- Economic Report of the President* 1997. (1997)
Washington, D.C. : U.S. Government Printing Office.
- Feldstein, P. et al (1988) "Private Cost Containment The Effects of Utilization Review Programs on Health Care Use and Expenditures". *The New England Journal of Medicine*. (May). pp.1310-4.
- Hoffmeyer, Ullrich K. and McCarthy, Thomas R. (ed.) (1995), *Financing Health Care* Vol. II, Kluwer Academic Publishers.
- Newhouse, J.P. (1992), "Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?" *Journal of Economic Perspective*, 6: 3-21.
- Luft, Harold S. (1994), "Health Maintenance Organizations: Is The United States Experience Applicable Elsewhere?" in *Health: quality and choice*, OECD.
- OECD (1990), *Health Care Systems in Transition*.
- OECD (1993), *OECD Health Systems: Facts and Trends, 1960-1991*, vol 1.
- OECD (1994), *Health: quality and choice*.
- OECD (1996), *Health Care Reform, The Will to Change*.
- The Wall Street Journal*. March 1, 1993, P. A14
- Weisbrod, B.A. (1991), "The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment," *Journal of Economic Literature*, 29: 523-552.
- 小林均 (1995), 「アメリカの医療改革と政府の役割」『流通経済大学論集』vol. 30, no. 2.
- 広井良典 (1994), 『医療の経済学』, 日本経済新聞社。
- (こばやし・ひとし 流通経済大学教授)