

## 研究ノート

# 米国医療市場の環境変化とマネジドケア

堀 真奈美\*<sup>1</sup>

印南 一路\*<sup>2</sup>

医療の質を維持・向上させつつ効率化を図ることは、医療費高騰に悩む先進国共通の政策目標である。日本では自己負担比率を上げることによる需要サイドの受診抑制が主たる政策手段になっているが、米国では、病院・医師などの供給サイドに対する経済的インセンティブを、過剰医療から適正ないし過少医療へと転換する政策が主となっている。結果として、診療内容と財政リスクを総合的に管理する医療提供・医療保険プランであるマネジドケアが急速に普及した。

マネジドケアに対する関心は非常に高いので、米国のみならず日本でも数多くの研究・記述が存在する。しかし、その多くは制度の記述や概念整理が中心であり、学術的な観点から、マネジドケアの問題点を整理し、指摘したものは意外に少ない。制度の実態を把握するには、学術的な研究のみでは足りず、雑誌などの記述に頼らざるを得ない側面もある。しかし、実証研究等で明らかになっている部分を明確しておく意義は小さくない。

本研究では、マネジドケアをキーワードとする英語文献数3,600強から約100の重要文献を抽出し、マネジドケアと医師・病院・消費者の行動パターンの変化、医療費への影響等を学術的に精査した。

キーワード：マネジドケア、医療費、インセンティブ、米国医療、医師行動、病院市場、消費者行動、医療の質、保険市場、文献レビュー

## 1. 研究目的

わが国の医療費は、毎年1兆円という高い水準で着実に増加しつづけており、平成11年度には過去最高の約30兆円に達した。なかでも老人医療費は、毎年9%前後の伸びを示しており、医療費全体の3割以上を占めるにいたっている。

一方、構造的な経済の低成長化や不況の深刻化が作用し、経済成長と医療費の伸びとの不均衡は

これまで以上に拡大傾向にある。医療保険財政は赤字基調で推移しており、制度を問わず保険者の財政は急速に悪化している。このような中、医療の質を維持・向上させつつ医療の効率化を図ることが政策課題とされ、定額払い制度の導入など医療保険の抜本改革が審議されている。

医療費問題を抱えているのは日本だけではない。1980年代以降、他の先進国においても医療費抑制のための様々な対策が施されてきた。米国は1983年にメディケア（公的高齢者医療保険）の入院医療費に対する支払い制度にDRG/PPS<sup>注1</sup>を導入し、1989年には、医師の診療費に対する支払いにRCRVS<sup>注2</sup>を導入した。また、1980年代半ばには、カリフォルニア州など幾つかの州では、保険

\*1 慶應義塾大学湘南藤沢キャンパス 政策・メディア研究科 博士課程

\*2 慶應義塾大学湘南藤沢キャンパス 政策・メディア研究科教授

者と医療機関等の選択契約が認められるようになった。公的医療保障に対するこのような政策に対応するように、米国の民間医療保険の市場では、1980年代半ば以降「マネジドケア」の考え方が急速に普及した。1990年代に入ると、マネジドケアは公的医療保障制度の仕組にも部分的に採用されるようになった。

これらの対策に共通する性格は、きめ細かい医療費適正化方策を医療費の支払い方式にビルトインするとともに、サービス提供の経済的インセンティブを過剰医療から適正ないし過小医療へと転換することにある。また、マネジドケアは、保険者など第三者を介入させることで医療に市場原理を持ちこみうる仕組、あるいは医療にマネジメントを導入する仕組として、世界的に大きな注目を集めている。

実際、関心の高さに比例するように、マネジドケアをとりあげた文献は非常に多い。データベースによる初期検索では、マネジドケアをキーワードとする英語文献数は3,000を優に超える。ただし、これらの多くは雑誌記事等であって、実証研究などの学術文献数はずっと少ない。

マネジドケアに関する研究は米国のみならず日本でも少なからずある。日本においては、総合的データベースが未整備のため、マネジドケアに関する全研究を把握するのは困難であるが、概ね制度の記述や理論整理がその中心である。また、マネジドケアが医療提供者や消費者などにどのような影響を与えるかについては、事例紹介や概念的

な議論が多くなされるものの、実証研究の成果をふまえた議論が十分にしつくされたとは言いがたい。

制度の実態を把握し政策に生かすには、学術的な研究のみでは足りず、雑誌などのタイムリーな記述やある程度主観を交えた報告に頼らざるを得ない側面もある。しかし、学術的な研究で明らかになっている部分を明確にし、ボトムラインとして把握しておく意義も小さくない。

本研究は、医療保険市場の中心的存在であり、今なお急速に変化しつつある米国のマネジドケアの影響（特に医師・病院・消費者の行動、および医療費と質への影響）を包括的かつ系統的に精査することを目的とする。

## 2. レビューの方法

マネジドケアに関するレビューは、以下の文献検索・収集作業に基づく。まず、英文書誌情報を中心に450種類以上のデータベースを提供し、世界でも有数の文献検索サービスであるDIALOG<sup>3</sup>を用いて文献検索を行った。具体的には、本レビューに最も適したデータベースファイルを探すため、DIALINDEX<sup>4</sup>にアクセスし、マネジドケアのキーワードで検索し、ヒット件数が多いファイルをピックアップした。次に、医療経済の分野で有名な学術雑誌がカバーされているデータベースファイルをDIALOG Journal Finder<sup>5</sup>を用いて検索した。以上の二つの作業において両方に該当す

ファイル名	データベースファイル概要	File No.
Pascal	世界の科学技術文献情報	144
Health Planning and Administration	健康管理の非臨床に関する文献情報	151、HLPA
MEDLINE	歯学、獣医学を含む医学、薬学、生物学、精神医学、微生物学等の医学総合的文献	154、155
CURRENT CONTENTS SEARCH	文献速報カレントコンテンツ誌	440
AGE LINE	老齢に関する文献抄録	163
Social SciSearch	社会科学雑誌論文	7
EMBASE	医学、薬学文献	72

るファイルを整理分類<sup>註6</sup>した結果、以下のファイルが本研究において用いるべきファイルであることが判明した。

これらのデータベースファイルを用いて、医療経済とマネジドケアのキーワードとして検索を行った。医療経済というキーワードでヒットする件数は、122,833件、マネジドケアというキーワードでヒットする件数は、3,666件であった。ここでは、そのどちらのキーワードにもヒットする1,482件のデータを第一次対象とした。

この中から、厳密な意味で論文ではないと判断される業界誌、座談会・シンポジウムの要約、結果の全く載っていない中間報告・論文や研究ノート、研究報告ではない本等は、はじめから調査対象から除外した。また、論文の質・量からみて、あるいは研究全体の流れの中で、明らかに考慮に値しないとしたものを除外した。さらに、医師ないし医療機関の行動、消費者の行動、医療費、医療サービスの質などに関する文献は、マネジドケアに関係する限りで選択した。最後に、米国のマネジドケアに関するレビューがテーマなので、他の先進諸国に関する研究は除外した。

上記の電子検索システムが完全であるという保障はない。そもそも「マネジドケア」という言葉自体が熟したのが1980年代後半であり、それ以前は論文にこの用語があまり用いられていないため、電子検索のみに頼ることには危険性がある。

そこで、既収集文献中の参考文献の項目から、遡って新たに関係文献をリストアップし、その資料を収集し、さらにその参考文献から次の文献を検索し収集する、という方法を補完的にとった。また、関係文献があると疑われる学会誌等については、出来る限り過去に遡って、目次から関係文献を収集し、さらにその文献の参考文献の中から関連文献を探すという手続きを別途とった。

なお、諸研究の要約・位置づけに当たっては、

そのテーマ内で主要な研究を選び、できる限り原文に忠実な形での要約・表現を用いた。なお、研究そのものの選定・要約の仕方、テーマの割り振りには、ある程度主観が入ることは避け得ない。複数のテーマに関係し、どのテーマの下に主として要約すべきか判断に迷うものもある。要約・位置づけに伴う誤解等の責任は、一切研究者にある。また、全ての分類・整理について当てはまることであるが、分類・整理されることによって、必ず一定量の情報は失われる。この分類・整理自体完全なものであるはずがなく、ここに掲げたテーマ作成は一方法に過ぎない。

以下、マネジドケアの概略についてまとめた上で、医師、病院、消費者（保険購買者・加入者・患者）、医療費、サービスの質という観点からマネジドケアの影響を考察することにする。

### 3. マネジドケアの概略

#### (1) マネジドケア

マネジドケアに関しては、専門家の間でも未だに統一された定義はない<sup>註7</sup>。これはマネジドケアの歴史が比較的短く、かつマネジドケアそのものが時代とともに変化し続けているためである。一言でいうならば、「伝統的な医療保険に比べ、医療サービスの提供と財政の両方を総合的に管理する手法を強化した医療・保険サービスの提供」を広くさす概念がマネジドケアである。

#### (2) マネジドケアの特質

マネジドケアの特質はいくつかある。第一の特質は、医療サービスの提供方法や内容を管理することによって、コスト（医療費）の削減を図ることにある。

コスト削減の具体的な方法は、①契約医師グループや病院を一定のネットワーク内に制限するこ

と(アクセス制限)、②緊急でない手術を受ける場合や入院をする場合には、予め保険者の承認を要求すること(事前承認)、③クリティカルパス<sup>註8</sup>、診療ガイドライン<sup>註9</sup>、疾病管理<sup>註10</sup>や薬剤フォーミュラリー<sup>註11</sup>など多様な管理手法を活用することによって、診療内容の管理ないしは医療サービスの利用を適正化すること(利用管理)、④人頭払いやボーナス制度の導入など、保険者だけではなく医師および医療機関に財政リスクを負担させること(インセンティブの転換)、などによって達成される。

第二の特質は、プライマリケア医をゲートキーパーとすることがあげられる。患者はまず、専門医にかかる前に、家庭医、産婦人科医、小児科医などプライマリケア医に受診しなければならず、この段階で可能な限り問題を解決するように仕向けられている。プライマリケア医は、いわゆる「かかりつけ医」としての役割を期待される。プライマリケア医が必要と診断した場合のみ、専門医にかかることができる。プライマリケア医により、病院施設や専門医への紹介状が作成されなければ、加入者はより高度な医療サービスを受けることができない。このため、マネジドケアにおいては、価格の高い専門医や高度医療への安直な受診が抑制される。

第三の特質は、予防医療を重視していることにある。スクリーニング、健康診断の実施、予防医療に関する教育等の実践を通じて、潜在的患者数自体を減らし、また高額な医療費の発生そのものを抑えることにある。また、ゲートキーパーであるプライマリケア医は、疾病予防や健康教育を推進する役割も担っている<sup>註12</sup>。

以上の特質の幾つかを備えた保険プランを総称としてマネジドケア・プランとよぶ。マネジドケア・プランに対して、比較されるのが伝統的な損失補填型の医療保険プラン(インデムニティー・

プラン)である。伝統的な医療保険プランの特徴は、①医師及び医療機関等への支払いは、実際に提供した医療サービスの量やコストに応じて出来高で支払われるFFS方式(米国流出来高払い<sup>註13</sup>)を採用していること、②患者側から見ると、原則としてどこの医療機関でも自由に利用できるが、一般的に保険料および自己負担(定率自己負担や免責額など)がマネジドケア・プランに対して高いこと、③通常、予防医療は給付対象となっていないことなどがあげられる。

伝統的な医療保険においても診療内容や医療の質に関して管理が全くなされていないというわけではない。例えば、病院内の同僚審査は、マネジドケア普及以前より行われている。しかし、基本的には、医療サービスの提供方法や内容は担当医師の自由裁量に概ね任されており、マネジドケア・プランのように事前承認が必要とされることや、利用管理(診療内容管理)がなされることは稀である。また、FFS方式の下では、医師や医療機関の収入は医療サービスの提供量に比例して増えるため、過少医療よりは過剰医療のインセンティブが存在していたということもできる。

### (3) マネジドケア・プランのタイプ

マネジドケア・プランには、医療機関や医師への支払方式や、受診制限の度合い、運営組織形態などによって様々なバリエーションがある。代表的なものには、HMO、PPO、POSと呼ばれる三つのプランが挙げられる。

#### ① HMO (Health Maintenance Organization) プラン

HMOプラン<sup>註14</sup>とは、マネジドケア・プランの中では、最も歴史の古いプランであり、HMO(健康維持組織)とよばれる保険者が主にその運営管理を担っている。初期のHMOプランは、それを専門に取り扱うHMOによって販売されてい

たが、保険市場競争の激化とHMOの合併・買収によって、伝統的なプランを販売していた営利保険会社やブルークロス・ブルーシールドや医療機関などもHMOプランを販売するようになり、HMOの運営主体も多様化している。

HMOプランの主要な特徴として、①給付対象が治療に限らず、伝統的なプランに比べて総合的・包括的な保健医療を提供すること（健康診断、健康相談、予防接種、疾病予防、健康管理、リハビリ、薬剤処方などを含む）、②保険料（または会員費）が他のプランに比べて安く、給付方式が現物給付であること、③医療提供者への支払いに人頭払い（登録会員数に応じて支払う方法）などの定額払い方式が主に採用されていること、④保険者と医療提供者がネットワーク化している（または同一組織である）こと、⑤原則ネットワーク内に受診が制限される（ネットワーク外では全額自己負担）が、必要と認められれば他のプランに比べて最も低い自己負担（無料か数ドル程度）でほとんど全てのサービスを利用できること、⑥ゲートキーパー制、事前審査、利用管理などの管理機能が徹底していることなどがあげられる。

HMOプランを提供するHMOの組織形態にもいくつかのモデルがある。初期の代表的なものとして、1) 保険者と医療提供者（医師・医療機関）が一体化しており、医師がサラリーを得て診療に従事するスタッフ型（HMOが医療機関を所有、医師を雇用）と、2) 保険者と医療機関は一体化しているが、医師とは別組織であり、特定医師グループと契約を結ぶグループ型（HMOが医療機関を所有、医師グループと契約）があげられる。最近では、3) 保険者と医療提供者は一体化しておらず、IPAとよばれる組織に加入している独立開業医、病院と契約を結ぶIPA型<sup>注15</sup>（HMOと医療機関・医師は別組織）、4) 保険者と医療提供者は一体化しておらず、複数の独立したグループ

診療組織と契約するネットワーク型（HMOと医療機関・医師は別組織）、5) 混合型のHMOが急速に増加している。

1999年時点で、HMOは全米で651あるが、そのうち、スタッフ型は15（2%）、グループ型が25（4%）、IPA型が284（44%）、ネットワーク型が58（9%）、混合型が258（40%）である<sup>注16</sup>。IPA型、ネットワーク型、混合型の増加背景には、市場エリアを拡大する際に、HMOが単独で医療提供組織を所有するよりも既存の医療提供者グループと協力関係を構築するほうが容易であったことが関係すると思われる<sup>注17</sup>。

## ②PPO（Preferred Provider Organization）プラン

PPOプランは伝統的な医療保険から発展したマネジドケア・プランである。HMOが急速に普及した1980年代に、HMOのラディカルな仕組みへの反発を捉え、1990年代以降、急速に普及することになった。PPOプランは、伝統的な医療保険のHMOプランに対する対応版ともいえる。

PPOプランは、伝統的な医療保険を販売していたブルークロス・ブルーシールドや民間保険会社などの保険者とPPO（特約医療機構）<sup>注18</sup>がディスカウント契約を締結したことから誕生した。ただし最近では、市場競争の激化の中で運営主体が多様化しており、HMOや医療機関、個人投資家などがPPOプランを販売することもある。ディスカウント契約の具体的な内容は、保険者が被用者の受診可能な医療機関を制約する（PPOへの利用を集中させる）ことと引き換えに、PPOは通常の支払報酬価格（UCRや競争相手の価格など）の10～15%<sup>注19</sup>の一律割引を約束するというものである。

PPOプランの特徴として、①医療提供者への支払にFFS方式が採用されていること、②HMOプランに比べると保険料はやや高いが伝統的な保険よりは安い、③プラン加入時に提示されたPPOの

リストに掲載された医師・医療機関での受診ならば自己負担が低い（1割～2割程度の負担）、④PPO以外の受診も可能であるが、その場合は、自己負担を通常より多く（例えば3割負担）支払う必要がある、⑤HMOプランと同様に保険者による事前審査、利用管理など医療費抑制機能が組み込まれていることなどがあげられる。

### ③POS (Point of Service) プラン

医療機関選択の自由を制限するHMOプランとしての要素と、PPOプランのように、指定された医師・医療機関ネットワーク以外での受診を許容する（ただし、ネットワーク外受診では自己負担が5割負担になるなど高くなる）という要素を併せ持つ<sup>20</sup>。つまり、両者の性質を備えるいわばハイブリッド的なプランである。POSプランは、基本的には、HMOと同じく医師・医療機関等への支払方式として人頭払いやゲートキーパー制を導入しているが、加入者がネットワーク以外の医療機関・医師で受診する際は、FFS方式が適用される。POSプランは、HMOプランのオプションとして販売されることが多い。

### ④歴史の変遷

歴史的には、1970年代にHMOプランが注目され、その本格的普及に対応して伝統的なプランが変質してPPOプランが1980年代に誕生した。PPOプランの普及に刺激されて、HMOプランのオプションとしてPOSプランが生まれた。AAHP (1999)によると、HMOプラン加入者は1998年で7880万人（国民の約4人に1人）、一方、PPOプラン加入者は、8910万人いると推計されている。また、1997年のKPMG社の報告によると、従業員200名以上の企業では、従業員の33%以上がHMOに、従業員の31%がPPOプランに、従業員の17%がPOSプランに加入しているという<sup>21</sup>。

これらの数字はマネジドケア・プランの台頭を示す指標ではあるが、厳密な意味でPOSプランやPPOプラン単独の統計データを入手するのは難しい。競争が激化するなかで様々なオプションが開発されており、HMOプラン、PPOプラン、POSプランとも、その中間的な商品や複合的な商品も出現しているからである。

また、それぞれの保険プランの運営主体も多様化・複雑化しており、プランを明確に区別すること自体が困難になってきている。そのため、実証研究の分析対象となるマネジドケア・プランとは、データの入手可能性の高いHMOプランを指すことが少なくない。本稿でもHMOプランを念頭にマネジドケアの最も重要な論点である経済的メカニズムを確認する。

## (4) マネジドケアの経済的メカニズム

HMOプランで採用する人頭払いなどの定額払い方式と伝統的な医療保険で採用するFFS方式との大きな違いは、医療サービスの購入者（患者）、供給者（医師、病院）、支払者（保険者）の間での財政リスクの分配の仕方にある。

FFS方式の下では、医師や医療機関等の医療提供者の収入は、提供される医療サービスの単価とその提供された量によって決まるが、事後的に決まるので、医療提供者は財政リスクを負っていない。医療提供者にとっては、提供された医療サービスの単価と量にはほぼ比例して収入も増加することになるので、過剰な医療サービスを提供することによって収入増を図るという、過剰医療のインセンティブが、理論的には働くことになる。保険者にとっては、集めた保険料を保険支出が上回らない限り、また保険料を支払う事業主が保険料値上げに応じる限り、保険財政は破綻しないので、大きな財政リスクは負わないことになる。しかし、購入者側のコスト意識が高まると、保険料値上げ

が困難になるため保険者の財政リスクが高まる仕組みでもある<sup>注22</sup>。

これに対し、HMOプランでは、保険者と医療提供者がともに財政リスクを負う仕組みになっている。ちなみに、医療提供者と保険者の立場を兼ねるスタッフ型HMOなどの場合は、HMOが組織全体で財政リスクを負うことになる。HMOの収入は一定なので、その収益性と安定性は、支出である医療サービスの総量と高価格のサービスの利用を予算内に収め、さらにどれくらい予算を下回るかにかかわる。

医療サービスの決定は、基本的には加入者の受診と医師の意思決定に依存する。多くの人にプランに加入してもらうには、できるだけ低い保険料の設定で、いかに充実したサービスを提供できるかに依存するから、カバーするサービスを削減することは難しい。しかし、利用を野放しにすれば、保険者の財政リスクが増大する。したがって、HMOなど保険者は、ゲートキーパー制の導入や、各種の利用管理手法を採用することで安直な受診をコントロールしようとする。また、予防医療の充実化を図る理由も、高度な医療サービスを必要とする潜在的患者数を削減することにある。さらに、特定の医療機関や医師と特約契約（選択契約）を行うのは、ディスカウントを可能にすることによって総支出を削減するためである。

もう一つのコントロール・メカニズムは、医療資源の利用を左右する医師や病院への支払方式に経済的インセンティブを組み入れることにある。これにより、医師や病院が財政リスクを共有する仕組みになっている。

医師への支払い方式として、HMOは、サラリー（給与）方式、FFS方式、人頭支払い方式の何れか、ないしはその組み合わせを用いている。サラリー方式では、医師の診療行動は収入に影響しない。なぜなら、患者数や訪問数や時間は、

HMOによって規定されており、かつ診療行為によって医師の給与が変化するわけではないからである。FFS方式では、より多くのサービスを提供すればするほど、より高いサービスを提供すればするほど医師への支払が増加する。これに対し、人頭支払い方式は、加入者一人当たり定額の会費を、毎月医師の間で分配する仕組み<sup>注23</sup>で、この方式の下では、患者への医療サービスをむしろ減少させることにより、また、より多くの自分の患者を増やすことにより、収入増が可能になる。

さらに、通常の方法に加えて、HMOのゲートキーパーであるプライマリケア医は、しばしばボーナス等の支払という形で、付加的な経済インセンティブを受け取っている。これらの付加的な支払いは、しばしば報酬全体の5～30%の範囲にあるとも言われる<sup>注24</sup>。ボーナスの支払いは、委託基金の予算の余剰や予め定められた利用度や質の基準によって、年末に行われることが多い。基準に用いられる指標としては、例えば千件当たり入院数、平均入院日数、様々な外来サービス利用率（専門医師への紹介、X線、検査等）、患者の満足度などがある。付加的サービスの利用や専門医師への紹介をコントロールするプライマリケア医は、予算や基準に合わなければ、ボーナスがなくなるという経済リスクを背負うことになる<sup>注25</sup>。

一方、病院に対する支払いは、我が国とは異なり、医師に対する支払とは別個になされている。HMOは、病院に対する支払方式として人頭払い、FFS方式の割引料金の支払い、1日定額払い、DRG/PPSなどを採用している。人頭払い、FFS方式の仕組みは基本的に同じであるので省略するが、1日定額払いとは、実際にどれだけの費用・コストを要したかに関わらず、1日当たりの定額料金を支払うというものである。通常、診療科や治療方法などに応じて基本額の設定は変わる。また、DRG/PPSは、メディケアでも採用されてい

る方式であるが、実際にかかった費用・コストに関わりなく、DRG<sup>註26</sup>という疾病群ごとに定められた1件当たりの包括料金を支払う方式である。これらの支払方式は、効率の悪い高コスト体質の病院には不利に、効率の良い低コスト体質の病院には収益を上げる仕組みになっており過剰サービスのインセンティブは抑制されている。しかし、1日当たり定額払いの場合は、日数の増加、DRG/PPSの場合は、入院件数の増加および設定料金の高いDRGコードを付与（アップ・コーディング）することなどで収入額を大きくすることが理論的には可能であるため、人頭払いに比べるとコスト・コントロール力は弱いと考えられる。

#### 4. マネジドケアと医師

これまでも医師ないしは医療機関の行動モデルに関する研究は多数なされている。例えば、非営利病院については、Rice (1966) の医療の量極大化モデル、Lee (1971) の経営者の効用極大化モデル（権威、地位、質、給与等の極大化）、Davis (1972) の利益極大化モデル、Pauly と Redisch (1973) の医師の利益極大化・医師共同体モデル、また医師については、不完全競争均衡モデルや、FuchsとKramer (1973)、Newhouse (1970) の目標所得仮説モデルなどが提示されている<sup>註27</sup>。また、1970年から80年代前半まで、医師の需要誘導説<sup>註28</sup>が唱えられ、医療経済学の分野で様々な論争が巻き起こった。

しかし、この論争の最終的な決着がつく前に、マネジドケアの普及など医療をとりまく市場環境そのものが大きく変化したため、既存理論の説得力は低下した。実際、1990年代以降、米国医療に需要誘導説を適用する実証研究はほとんど見られなくなった。医師による需要誘導という問題以上に、HMOなどのマネジドケア組織（ないしは保

険者）による需要と供給管理が問題視されるようになったからである。以下に1980年代半ば以降の研究の動向をのべる。

##### (1) 医師の報酬支払方式と医師の診療行為

まず、伝統的な医療保険が採用するFFS方式（米国流出来高払い）と人頭払いなどマネジドケアが採用する支払方式の違いが、医師の診療行動とコストにどのような影響を与えているかを検討した。

結論から先に述べると、FFS方式の医師と人頭払いで支払われる医師を比較すると、1) 後者の検査実施回数および入院治療の実施割合は少ない、2) 後者はより低いコストの医療サービスを提供する、という傾向が多くの実証研究によって観察されている。以下にサービス種類別にその概要をのべる。

##### ① 検査の実施状況

Epstein, et al. (1986) は、合併症を伴わない高血圧患者を対象にFFS方式で支払われる医師と、人頭払いで支払われる医師の検査の実施状況に関する分析を行った結果、FFS方式で支払われる医師の検査の実施率が心電図で50%、胸部レントゲンで40%多いことを示している（年齢・性別・罹患期間・疾病の重症度・医師の診療年数を調整済）。Murry, et al. (1992) も、Epsteinと同様の結果を、高血圧症患者の診療を行う医師の医療記録及び患者記録を用いた検査の実施状況に関する分析から導いている。また、Murry, et al. (1992) は、医師への支払方式別に患者の1年後の健康状態を分析し、臨床的に有意な差が認められなかったことを報告している。

##### ② 入院治療の実施状況とコスト

また、Hillman, et al. (1989) は、入院治療の実



施状況（入院サービスの利用状態）に関して分析を行い、その結果、1) 人頭払いで支払われる医師の入院治療の実施率がFFS方式で支払われる医師より13%少ないこと、2) 人頭払いで支払われる医師の入院治療の実施率は月給で支払われる医師よりも7%多いことを報告している。これは、Manning, et al. (1984) の結果とほぼ同じである。

さらに、実際の入院治療で費やされたコストに関して、Stern, et al. (1989) によると、人頭払いの方がFFS方式よりも総費用で4%低いという（性別、年齢別、DRGコード、重症度を調整済）。

### ③専門医への紹介

Martin, et al. (1989) は、ゲートキーパーである医師（プライマリケア医）がリスク共有するプランとそれ以外のプランにおける医療サービスの利用とコストに関する影響を分析した。リスク共有とは、専門医への紹介率が高く予算枠を超過した場合に、医師がその超過分に対する財政リスクを共有し、逆に余剰が生じた場合は、医師の間で平等にボーナスなどの形で分配されるという仕組みである。リスク共有プランとそれ以外のプランでは、前者のプランにおける1人当たり専門医の紹介率が低いことが報告された。

### ④ボーナスの付与との関連

また、Debrok & Arnould (1992) は、医師への支払いがサラリーや人頭払いによってなされる場合は、FFS方式に比べて全般的に医療サービスの利用が減少する傾向を示した。そして、医師に対するボーナスの付与が1,000件当たり入院数を16.4%低くするのに関係することを示し、人頭払いやFFS方式といった通常の支払方式だけではなく、ボーナスなど付加的な経済インセンティブにも注意する必要性を示唆した。

Ritzwoller (1998) は、医師の診療行動をボー

ナスの有無に着目して分析を行い、FFS方式で支払われた医師が最も多くサービスを提供し、ボーナス付き月給、あるいはボーナス付き人頭払いで支払われた医師が最も少ないサービスを提供すると報告している。さらに、Ritzwollerは、サービスの利用度を低下させることによって得られる付加的な経済インセンティブが十分大きければ、医師は医療上必要とされるレベル以下にまで医療資源の投入量を減少させる可能性があることを示唆している。しかし、最終的結論を出すには、医療の必要性や最適さの定義が曖昧であるため、更なる検討が必要であると思われる。

### ⑤全般的な傾向

Miller & Luft (1994) は、1980年以降の実証研究のメタ分析を通じて、FFS方式と比べると、人頭払いのHMOプランは、1) 入院治療の実施率が1~20%低く、2) 登録者当たり医師の訪問回数はほぼ同じか少し多い、3) 高価な処置や検査はより少なく、4) サービスに対する満足度はより低い、コストに対する満足度はより高いということ結論づけている。

さらに、Hellinger (1996) は、これまでの研究を①異なるプランに加入する同一疾病をもつ患者のサービス利用を比較したものと、②同一医師がFFS方式で支払われた場合とHMOの人頭払いで支払われた場合のサービスの利用を比較したものに区分した上で、いずれの場合もFFS方式よりもHMOのほうがサービスの利用度は少ないと結論づけている。

以上のように、1980年代以降の先行研究の多くは、医師への支払方式が医師の診療行動を左右するという結論を導いている。しかし、これらの見解に反論が全くないとは言えない。人頭払いで支払われる医師による医療資源の投入量の少なさ

は、FFS方式を採用する伝統的プランに比べて、マネジドケア・プランの加入者が若く、健康で、もともとサービスの利用頻度の少ない人が加入していることに由来するという主張<sup>29</sup>や、患者のケース・ミックス<sup>30</sup>の調整を十分に行っている実証研究が少なくないという主張がある。

マネジドケア・プランが若く健康な人ばかり集めているのだとしたら、これは、「逆選択」の問題である。仮に逆選択が存在するとすれば、医師の医療サービスは支払方式で左右されるのではなく、患者のケース・ミックスに左右されることになる。このことを明確にするためにもケース・ミックスの調整は重要な課題である。ケース・ミックスの調整に関してはランド研究所が行った無作為割当による実験的研究<sup>31</sup>をはじめ、分析対象を同一疾病患者に限定、あるいは重症度などの変数コントロールをするなどの努力が研究者によって少なからずなされている。また、Hlatky, et al. (1993) のように、医師の報酬支払方式別に同一患者の症例に対する検査の必要性をどのように評価するかなどを分析した研究もある。

しかし、データ収集の困難性の問題などからケース・ミックスの調整技術は完全であるとは言えず、未だ発展途上の段階にある。ケース・ミックスに考慮した研究の蓄積なしに最終的な結論は出せない。今後のさらなる精緻化が望まれる。

また、実証研究の多くは、データ収集が容易であるスタッフ型HMOを対象にしているが、医師がHMOプラン加入者のためだけに診療を行う、逆にFFS方式プラン加入者のためだけに診療を行うということは稀である。現実には、IPA型HMOで述べたように、HMOプランだけでなく、伝統的な保険プランなど複数のプランと契約をして診療を行っていることが多く、医師が患者のプラン区分によって診療行動を使い分けているかどうかを検討する必要もあるだろう。

## (2) 医師と患者の関係

マネジドケアの経済インセンティブが、医師の診療行動に少なからず影響を与えることはすでに述べた通りであるが、このインセンティブの導入は、医師と患者の間に利益の深刻な衝突を生じさせないかという疑問が生じる。伝統的なFFS方式が支配的な場合には、医療資源を利用することを推進するインセンティブが働いており、コストの抑制はあまり問題視されなかった。つまり、医師、患者がそれぞれの最高の利益に基づいて行動をとる限り、潜在的利益衝突が顕在化することはなかった。

マネジドケアが普及した現在では、Blomquist (1991) や Debrock & Arnould (1992) が指摘するように、医師は患者の代理人であると同時に、HMOなど保険者の代理人であることを期待される。HMOはより高い効率性を発揮するため、より有効な経済インセンティブを構築し、医師と契約しようとする。医師は医療分野におけるHMOの経済リスクの一部を共有しているため、HMOの代理人としても行動せざるをえない。行動しない場合は、自らが経済的な不利益を被るからである<sup>32</sup>。

こうした中で、実証研究においてもマネジドケアにおける医師と患者の関係（信頼関係）や職業倫理に関心が集まるようになった<sup>33</sup>。

Kao, et al. (1998) は、電話調査を通じて、医師への支払方式と患者の信頼との関係を分析し、患者の担当医師に関する信頼の高さは、伝統的な医療保険のFFS方式の場合が最も高く（94%）、続いてPPOプランなどFFS方式のマネジドケア・プラン（85%）、人頭払プラン（83%）、サラリー（77%）の順であることを報告している。支払方式による影響は、医師の行動に関する患者レポートに基づいて分析すると多少緩和されるが、FFS

方式のマネジドケア・プランとFFS方式の差以外については、統計的に優位であることが認められるという。

一方で、患者の医師の支払方式に関する認知度と実際の信頼度は、直接的には関係していないことが示されている。どのように支払われているか知らないと答えた37.7%の患者は、それ以外の者よりもより高いレベルで信頼していると答えていた。30.2%のものが医師の支払方式に関して誤った認識をしていた。医師の支払方式による患者の信頼は、FFS方式が最も高いが、部分的には医師自身の行動によっても信頼の度合いは左右されると結論づけている。

### (3) 医師の収入と専門分野(専門性)の選択

一般的に、教育投資に対する経済的な見返りの多い職業や専門分野に対する関心は高い。マネジドケアが多様な専門分野に対する需要を変化させるとしたら、医師の賃金構造は変わり、需要が急増する専門分野に、新しい研修医が集中することになるのではなからうか。以下に、Simon, et al. (1998) の研究成果に基づき考察を加える。

Simon, et al. (1998) は、1985年から94年までのデータを用い、マネジドケアにおける医師の収入の変化と、マネジドケアが医師の診療地域選択と研修の専門分野選択に与える影響、及びプライマリケア医と病院勤務医、そして外科手術等の専門医について分析を行った。

その結果、他の要因をコントロールすると、マネジドケアは、医師の収入構造に影響を与えていることが明らかにされた。まず、マネジドケアがより浸透すると、プライマリケア医の収入が最も急速に増え、一方で、病院勤務医の給与は少なくなることを示された。これはマネジドケアにおけるプライマリケア医の役割の重要度を示すとともに、病院市場へのマネジドケアの効果を示すもの

と言えるかもしれない。

さらに、マネジドケアが最も急速に浸透した期間である1993～94年には、医師グループの給与は最も低下したことが報告されている。統計的にはそれほど顕著ではないが、手術, et al.の専門医の給与がマネジドケアの浸透とともに低下することも指摘されている。

また、医師による診療地域の選択は多くの場合、①獲得可能な収入に左右されること、②特に病院勤務医は、より多くの収入を獲得可能な地域に移動すること、③マネジドケアが最も高く成長したカリフォルニア州では、その期間を通しての人口対医師の増加が最も少ないことを示している。この結果から、マネジドケアには医師全体の収入の増加を抑制する効果があると解釈することもできる。

しかし、プライマリケア医の収入は他の専門分野の医師に比べ増加傾向にある一方で、1人当たりプライマリケア医の数はそれほど急速に増加していない。この増加率の低さを、Simon, et al. (1998) は、プライマリケア医の間の競争によるものであると推測する。しかし、それならばプライマリケア医の収入の増加はみられないはずである。医師の診療サービス以外の代替サービス、例えば薬剤処方や在宅ケアやナーシングホームなどへのシフトが増加する需要を吸収したのかもしれないが、結論を導くには追加研究が必要である。

さらに、Simon, et al. (1998) は1989年から97年への研修プログラムに関する報告を行っている。家庭医研修プログラムは1993年に1,636スロットだったのが、1997年に3,262スロットに拡張した。比率も1989年の59.8%から1997年には71%以上に増加した。実際の収入における変化によって導かれたインセンティブに合致するように、病院勤務医の数とその比率は1993年から減少している。研修分野の選択は、プライマリケア医の収入の増加

と病院勤務医の減少に一致する。以上の結果から、Simon, et al. (1998) は、マネジドケアは医師の収入に影響し、診療地域と専門分野の選択に影響を与えると主張している。

#### (4) 医師のグループ化

もともと米国では研修医や病理医など一部の専門医以外は、基本的には病院に雇用されることはなかった<sup>注34</sup>。日本の医師と病院の関係と異なり、米国ではこのようなオープン・システムが基本であり、1980年代までは、医師の多くが独立開業して働いていた。医師は、自分の診療室（個人事務所）で対応できない治療や高度な検査、手術、入院治療等を行う場合には、院外医師の特権<sup>注35</sup>を利用できる病院など医療施設<sup>注36</sup>に患者を連れて行きそこで治療を行う。なお、1人の医師が複数の病院で治療を行う院外医師の特権を保有する場合もあるが、専属契約を結んでいる場合もある。

マネジドケアの普及した現在では、医師は顧客獲得の不確実性とリスクを減らすために、HMOなどの保険者および病院と専属契約（または雇用契約）や委託契約を結ぶことが多くなっている。契約に先だって、医師免許資格、専門医認定、学歴などの基礎情報のほかに、医療過誤記録などに基づいて一定の資格認定の審査が行われる。ちなみに、米国では、医療過誤記録に関しては、NPDB（全米診療医データバンク）などのデータベースから参照することができるようになっている。なお、この資格認定（信任）は契約後も定期的に行われる。

また、契約交渉の際に、より優位な立場に立つ（交渉力をもつ）ために、1人で独立開業して診療を行うのではなく、グループ化して診療を行うようになっており（ソロ・プラクティスからグループ・プラクティスへの移行）、そのグループのサイズは、年々増加傾向にあるという報告もある<sup>注37</sup>。

Fronstin (1995) によると、グループのサイズ

が大きくなるにつれて、グループ内の医師の構成にも変化が生じているという。以前は、複数専門グループは専門医によって支配的に構成されていた。しかし、より多くのグループが人頭払いを採用するマネジドケア・プランと契約をするようになると、プライマリケア医への需要が増加し、その結果、研修プログラムにおけるプライマリケア医の増加と同じく、複数専門グループ占めるプライマリケア医の割合は増加したという。

## 5. マネジドケアと病院

### (1) 病院市場の環境変化

1970年代から1980年代初期までは、伝統的なプランが優勢で医療費支払方式もFFS方式が主流であった。この時期における病院の競争の性質について分析した多くの実証研究は、地域に病院が多くあるところ、つまり激戦区ほど、病院のコストが高かったと報告している<sup>注38</sup>。

これは、競争が激しいほど価格が低下するという経済理論<sup>注39</sup>で一般的に推測されるものとは合致しない。つまり、FFS方式によって支払いがなされていた時代において、医療のコストは重要な問題ではなく、病院は患者と医師の獲得のため、設備投資、アメニティーとサービス、質において競争をしたのである<sup>注40</sup>。そのため、病院コストの高騰に歯止めがかからなかった。医療における市場競争は、コスト削減に結びつかないというのがこの時代の一般的な見解であった。

しかし、1980年代に入ると、病院をとりまく環境は大きく変化した。1983年に医療費抑制策としてメディケアの病院費用の支払方式にDRG/PPSが導入された。さらに同年、カリフォルニアでは、州法により、保険者が限定数の病院と契約することを可能にする「選択契約」が認められた。この選択契約はサービスの利用を特定の医療機関に制

限するというマネジドケアの考え方に通じるものであり、1980年半ば以降、HMOプランやPPOプランなどの普及とともに、より一般的なものになっていった。

以下にこれらの環境変化が病院市場にどのような影響を与えたかを検討する。

### ① 選択契約と価格競争

Zwanziger と Melnick (1988) は、カリフォルニアの選択契約の導入前後で病院コストの変化を検討した。彼らによると、導入前の1980～82年では、より多くの競争相手がいる病院の年間コストは6.6%の増加しているのに対し、より競争相手が少ない病院の年間コストは5.5%の増加であったという。一方、導入後の1983～85年の間は、より多くの競争相手がいる病院は1%近くコストが減少したが、競争相手の少ない病院は2.8%増加したという。この結果は、サービス、アメニティー、質と同じように、価格も契約交渉の一部になったことを示唆する。

また、Melnick, et al. (1992) は、PPOプランを提供するマネジドケア組織（保険者）と病院の契約に着目した分析を行っている。その結果、1) マネジドケア組織が、被保険者に提供する病院のネットワークをその地域の他の病院に簡単に変更できる状態であれば、より有利な条件で病院と価格交渉することができる、2) 同一の保険プランに加入する患者の割合が多い病院はマネジドケア組織に大きなディスカウントを与えること、3) 反対に、多くの被保険者のケアをエリア内の同一病院に依存している状態では、マネジドケア組織は病院に有利な価格設定で譲歩する可能性が高いことを示している。

この結果から、病院数が多い激戦区ほどマネジドケア組織はより多くの交渉相手がいるため、より安い価格を交渉できると類推することが可能で

ある。

### ② マネジドケア浸透度と病院コスト

Melnick, et al. (1997) では、マネジドケアの浸透度が地域によって異なることに着目し、1986年から1993年のデータを用いてマネジドケアの浸透度と競争の激しさによって、病院コストがどのように変化するかについても分析を行った。その結果、マネジドケアの浸透度が大きくなるとともに、病院コストの増加は抑えられることが確認された。しかし、マネジドケアの浸透度以上に、競争度の激しさの方が病院コストの減少を大きくするということが報告された。このことから、マネジドケアは病院コストを抑える効果を持つが、その地域のマネジドケアの浸透度にかかわらず、病院の競争は病院コストの低下を導く可能性を示唆している。

### ③ 契約締結と病院の種類

マネジドケア・プランとの契約の際、病院は、病床占有率、価格、提供するサービスの種類など基礎情報とその地域での評判などによって一定の審査を受ける。経営上、価格の安い病院と契約することが重要であるが、一方で質が低いとみなされている病院と契約をすることは、加入者の不信を買うまたは、脱退者を増加させる要因になりうるため、マネジドケア・プランにとって得策ではない。では、実際どのような病院が契約締結にいたっているのだろうか。

Feldman, et al. (1990) は、4つの市場エリアにおける6つのHMOにおける契約のアレンジメントについて分析を行っている。この研究では、病院費用を価格の基準として用い、研修教育プログラムをもっているか、オーナーシップをもっているかなどを病院の特徴として用い、提供されるサービスの数を質の測定基準として用いている。そ

の結果、価格は統計的には交渉における重要な決定要素ではないが、質の評価結果は統計的に重要な決定要素であることを示した。研修教育プログラムを持ち、そして公立病院以外の病院が契約を締結しやすいという。これは、公立病院の提供するサービスの質が低いという一般的な認識と一致する。

しかし、この研究において用いる価格、質などの基準の設定が適切かどうかには疑問がある。立地は比較的簡単に測定できるが、質の測定は非常に難しい。また、価格についても問題がある。理想的には、コミュニティーにおける全ての病院がどのような料金を実際に提示しているのかを知る必要があるが、実際は契約に結びつかなかった料金の情報について入手するのは不可能に近く、契約締結した病院の料金情報だけが分析対象となっている。

さらに、Feldman, et al. (1990) は、病院が契約によって獲得できる患者数（潜在的患者数）について検討した。この研究では、契約を実際にした病院の実勢価格データに基づく分析がなされている。その結果、①スタッフ型HMOとネットワーク型HMOでは、価格が1ドル高くなると、患者数が3%減少した、②IPA型HMOでは、価格が1ドル高くなると、患者数が1%少なくなった。この研究は質を基準に契約は締結されるが、契約によって獲得する患者数には価格が関係することを示唆している。

より最近では、Zwanziger と Meirowitz (1998) が、13の大都市エリアの統計データを用いて、マネジドケア契約を獲得した病院に関する分析を行っている。この研究は、研究対象をHMOだけではなく、PPOプランに広げ、Feldmanら既存研究の再検証を試みている。基本的には、既存研究の結果を強調することになったが、他にもいくつかの新しい知見を導いている。

まず、第一に、契約締結と病院の種類の関係としては、①非営利病院の方が、公立一般病院よりも契約を獲得する可能性が高い、②営利病院は公立一般病院よりもさらに契約を獲得する可能性が低い、③教育プログラムをもつ病院は契約を獲得する可能性は低い、④病院の規模が大きくなるほど、マネジドケア組織との契約を獲得しやすいという結果が出されている。これらの結果については、様々な推測・解釈が提示されているが、結論を導くには、追加の調査研究が必要であろう。

さらに、Zwanziger と Meirowitz (1998) によると、価格（より厳密には入院1件当たり費用）と契約の可能性には、U字型カーブの関係があるという。最も低いコストの病院は30%契約を獲得しにくい、一方で最も高いコストの病院はコスト分配が中間的な病院に比べて20%契約をとりにくいという。つまり、コストの観点から最も高い病院を避ける傾向が見られる反面、おそらく劣悪な質であるという考えから、最も安い病院も避ける傾向が見られるのである。しかし、安いコストの病院の質が実際に劣悪なものかどうかを判断するには、実際の治療の質と消費者の質の認知度を測定する調査が必要である。

これらの研究結果から、選択契約を推進するマネジドケアの普及によって、病院市場に少なからず価格競争が行われるようになったということが結論づけられる。しかし、病院は、医療の質、治療結果、患者満足度においても競争しなければならない。経済理論では、価格に限らず、質、結果、満足度によってなされる競争市場は市場のパフォーマンスを向上させるとするが、病院市場においてどこまで適用できるかはまだ明らかになっていない。

また、病院市場の価格競争がより激しくなると、無保険者へのサービスを誰がするかという問題が

生じる。これまで低所得者のいる地域にある非営利・教育医療機関はこれまで無保険者に対する慈善医療の担い手であったが、採算の見込めない慈善医療が切り捨てられる可能性も否定できない。無保険者が全国民の15%近くもいる米国において、この問題は社会的な問題に発展するのではないかと考える。

## (2) 病院の構造変化

1983年、メディケアの入院医療費支払いに、DRG/PPSが導入されたことを契機として、入院部門収益が減少した。DRG/PPSのもとでは、患者の入院日数の必要以上の長期化は経営悪化につながるため、平均入院日数が大幅に減少した。Feldstein (1999) によると、総人口は、高齢者割合と同じく増加しているが、コミュニティー病院への入院患者数は1980年の3,610万人から、1995年の3,100万人へと減少している。また、入院患者数の減少とともに、平均入院日数も1980年の7.6日から1995年の6.5日へと減少している。これらの減少の結果、約40%の病院の病床が空いているという。一方で、外来治療は1985年から1998年の間に89%増加している<sup>註41</sup>。

収益を確保するために、病院は医師グループとより強い関係を築こうとした。例えば、施設への紹介を増やす手段として、医師の診療権を購入し、医師を病院の傘下におこうとした。しかし、支払方式等の変化により医師の行動インセンティブにも変化がみられ、以前のような収益は得られなくなっていた。

そのような中、多くの病院は入院部門の収益減収を補う新しい収入源として、在宅ケアやナーシングホームなどの代替サービスに注目した。患者を早く退院させても、在宅ケアやナーシングホームなど他の場所でのサービス提供を行うことによって、病院は追加的な支払いを受けることが可能

になる。

実際、在宅ケア会社、ナーシングホーム、リハビリセンター、ウェルネスセンター、外科センター、救急援助センター、薬局、医師など供給者システムの垂直統合化を図った病院もある。垂直統合化は大規模供給システムの確立とより広範囲なサービスの提供を可能にするため、保険者との契約交渉においても有利になる。

しかし、Conrad, et al. (1988)、Robinson (1997) によると、全ての病院が垂直統合に成功したわけではなく、成功例は非常に少ないという<sup>註42</sup>。この理由として、①複数の異なる医療専門施設間で共通のビジョンも構築できず、また情報の共有もスムーズに行われなかったこと、②医師など医療専門職の多くは、病院の強いコントロールを嫌ったこと、があげられている。垂直統合化の動きに反して、医師など医療専門職を中心に構成されたグループも現れている（垂直統合に対して、バーチャル統合（仮想統合）と呼ぶことがある）。これらのグループは特定の病院や他の医療施設と契約をしないことにより、コストのかからない医療サービスを提供できると考えている。垂直統合では、医師は複数の保険者と契約することはできず、病院に雇用されることが多いが、バーチャル統合では、グループを介して複数の保険者や病院と契約することが可能である。このグループの一つの緩やかな統合例として、前述のIPAがあげられる。

## 6. マネジドケアと消費者

### (1) 加入者の健康状態とサービス利用状態

Miller と Luft (1994) は、マネジドケア・プランを選択する者は、加入するプランの種類を問わず、サービスの利用頻度が全般的に低いということを示している。また、ProPAC (1996) による

と、自分からメディケアHMOプランを選択する加入者は、比較的健康的でありサービスを利用しない傾向があり、連邦政府は現状の支払い方法（平均医療費の95%で委託している）ではHMOに実際にかかった医療費以上の費用を支払っているという指摘もある<sup>註43</sup>。

しかし、これらとは正反対の結果を示す実証研究もある。メディケアHMOの加入者とそれ以外の加入者との間に健康状態に統計的に有意な差はないという主張もある<sup>註44</sup>。さらに、ケース・ミックスを調整するとマネジドケア・プラン加入者とFFS方式の伝統的なプランの加入者は同等以上にサービスを利用しているという研究もある。

例えば、Fama と Bemstein (1997) は、慢性疾患患者の受診回数ではHMOプラン加入者の方がFFS方式のプラン加入者よりも多く、1件当たり入院日数や入院サービスの利用可能性に有意な差は無いと指摘している。また、AAHP (1998) によると、外来乳房切除の実施状況は、FFS方式およびHMOプランで有意な差はなく、Nelson, et al. (1996) の報告では、乳房造影はHMOプランの方が多くなされているという。さらに、Yelin, et al. (1996) は、リウマチ性関節患者の11年間のフォローアップ調査から、FFS方式とHMOプランでサービス利用に統計的な差はないことを、Angus (1996) は、疾病重症度を調整すると集中治療室の入院日数に有意な差はないことを示している。

また、Fama, et al. (1995) によると、慢性疾患患者の出現割合に関してはHMOプランと伝統的なプランで有意な差は認められておらず、生活に支障があるものおよび健康状態が悪いと考える加入者の割合にもプラン間で大きな差はないという。Davis, et al. (1995) の18歳から64歳の加入者の健康状態を調査した研究でも大きな差は認められていない。

これらの結果とは直接関係ないが、Davis, et al. (1995) は、伝統的な保険よりも所得が低い層がマネジドケア・プランに加入していることも示している。これは、保険料および自己負担が伝統的なプランより低いことが影響していると解釈することも可能であるが、逆の結果を示す研究もあるため追加研究が必要である。

## (2) 保険プランの選択行動

選択契約の普及によって、雇用主（企業）を通じて保険に加入する被用者の保険プランの選択肢には、伝統的な医療保険プランとマネジドケア・プランの両方が含まれるようになった<sup>註45</sup>。各プラン区分の中にも多様な個別商品が開発されており、保険プランの選択肢は多くなっている。保険プランが多様化、複雑化する中で、被用者は何を基準に加入するプランを選択するのだろうか。また、保険料の高低はどれくらい保険プランの選択行動に影響を与えるのだろうか。

Welch (1986) によれば、1カ月の自己負担する保険料が相対的に10%増加すると、短期的にはHMOのシェアを2%、長期的には5%減少させる効果があるという。

また、Long, et al. (1988) は、他の要因をコントロールすると、①あるHMOの保険料が相対的に5ドル増加すると脱退者が66.7%増加する、②保険選択におけるオプションの数によっても被用者の行動が変化することを示している。具体的には、企業によって5つのHMOプランが被用者に提示される時、5ドルの増加は結果として1,000人の加入者に対して70人の脱退者を出すのに対し、3つのプランが提示される時は、1,000人の加入者に対して58人の脱退者を出すという。

Buchmueller と Feldstein (1996, 1997) は、1カ月の保険料のわずかな上昇でも、被用者が容易に医療保険プランを変更する可能性があること



を示唆した。1993年まで、カリフォルニア大学のスタッフと教員はFFS方式のプラン複数の選択肢と、HMOプラン複数の選択肢がともに大学を通して提供されており、自己負担の保険料をどの医療保険プランに対してもほとんど払う必要がなかった。それが、1994年以降、大学のシステムは最も安いプランにのみ補助金を出すという仕組に変更したことにより、高い保険料のプランに入るには、被用者は追加費用を支払わなければならなくなった。その結果、これまでより高い保険料の支払をしなければならなくなった者の50%はプランを変更し、そのうちの半分は保険料負担なしのHMOに移動し、残りの半分は保険料負担なしのFFS方式のプランに移行したという。被用者の年齢、収入、プランへの加入期間などを考慮に入れた分析を行った結果、高い保険料のプランほど他のプランへの変更の可能性が高くなるということが示された。保険料の変更がない場合でも、何らかの理由で5%の者がプランを変更するが、10ドル程度の保険料の上昇で、26%、20ドルまでの上昇で30%、30ドルまでの上昇で42.5%が保険のプランを変更することが提示されている。

さらに、DowdとFeldman(1998)は、1994年に実施した318の大都市と郡政府を調査結果から、大都市及び郡政府の雇用主の約35%が保険プランの種類に応じて段階別に保険料補助額を設定しているという。段階別に保険料補助金が定まる場合、被用者はより低い自己負担の保険プランにシフトする傾向が認められる。

Feldman, et al. (1989)、FeldmanとDowd(1994)、Lewin-VHI(1995)でも、保険料の高低や雇用主の補助金政策に応じて、被用者は伝統的な医療保険プランからマネジドケア・プランに、あるHMOプランから他のHMOプランというように移動することが明らかにされている。

## 7. マネジドケアと医療費

すでに、医師の診療行動のところで、FFS方式のプランと比べるとHMOプランなどマネジドケア・プランにおける医師の医療資源の投入量は少ない傾向があることを述べた。投入量が少ないということは、結果としてコストの削減につながるため、医療費が抑えられるということを演繹的に導くことができる。さらに、病院市場の変化のところで、マネジドケアの浸透している地域ではコストの増加が他の地域に比べて抑制されていること、選択契約の導入により価格競争が行われるようになってきたことを述べた。これらの結果からも、医療費が抑えられるということを演繹的に導くことが可能である。より直接的に、医療費とHMOプランの関係性を分析した研究もあるので、以下で検討を加える。

### (1) 医療費の抑制

マネジドケアに対する初期の最も代表的な実証研究として、ランド研究所が行った無作為割当実験研究をあげることができる<sup>註46</sup>。この研究では、被験者は、ランダムに2種類のFFS方式のプラン(受診時の自己負担あり、なし)とHMOプラン(以下、HMO実験群)に割り当てられた。さらに、コントロール群として最初からHMOに加入していたグループ(HMO統制群)が設定された<sup>註47</sup>。この実験に基づいて異なるプラン間の医療費比較をした結果、HMO実験群と統制群の医療費はほぼ同じであったが、FFS方式の2つのプランに比較すると23~28%低いということが報告された。FFS方式のプラン加入者とHMOプラン加入者の最も大きな違いは、病院サービスの利用度であるという(前者に比べ、後者は40%低い)。

さらに1990年代に入って同じくランド研究所がフロリダ州で行った無作為割当実験研究<sup>註48</sup>でも、

マネジドケア・プラン（メディケイドHMO）の医療費がFFS方式に比べて34%低いという結果が導かれている。

また、PPOプランの医療費抑制効果について分析したSmith（1998）では、同じFFS方式を採用する伝統的な医療保険と比べて医療費が12%（1人当たり178ドル／年）低いことを示している。この削減は、開業医での受診率が9.7%、入院率が9.3%低いことによって達成されているという。この研究は、同一の支払方式を採用しているプランを比較することにより、支払方式ではなくPPOプランの採用する管理手法（医療機関との特約契約を含む）が医療費抑制につながることを示唆している。

CBO（1997）の報告では、①病院の総支出の成長率は1990年から1996年の間に11%から4%に低下していること、②部門別にみると入院部門が9%から1%以下に、外来部門が18.4%から9.1%に低下していることが示されている。一方、入院・外来以外の「その他」の部門の成長率は11.7%から11.2%とほとんど変化していないという（その他の部門は全支出の約6%にすぎない）。

さらに、CBO（1997）は、病院における人件費（給与）も1990年の10%から1995年には4.9%に低下しており全産業の平均以下の増加率になっているという<sup>49</sup>。また、医療費指標（HCI）の増加率でも1990年の11%から1995年には約3%に低下していることを報告している。そして、マネジドケアが主流である民間保険における医療費の成長率が抑制されているのに対し、FFS方式が主流であるメディケアの成長率はそれほど抑制されていないことを示唆している。データ収集方法の多様性など克服すべき技術的な問題を認めながらも、CBO（1997）は、1990年代以降の急速なマネジドケアの浸透による医療市場環境の変化がプライベート・セクターにおける医療費抑制をもたらした

と最終的に結論づけている。

また、Levit（1998）によると、1997年の医療費成長率は過去40年間で最低の4.8%を示しており、HCFA（医療保険財政庁）も、マネジドケアの普及とそれに関連した支払方式の変更が医療費の成長を抑制したことを認めている<sup>50</sup>。さらに、HCFAは1993～1996年の年平均1.5%よりも1997～2007年の1人当たり医療費の実質成長率は年平均3.4%に拡大すると予測しているが、1970～1993年の平均4.9%に比較するとその成長率は抑制されると予測している。

## （2）保険料の増加抑制

さらに、医療費抑制との関連で、マネジドケア・プランが保険料の増加抑制効果もあるという議論もなされるようになってきている。この問題に注目が集まるのは、民間保険が中心である米国では、医療費の増加が保険料の上昇に直接的な影響を与えるからである。

マネジドケアが本格的に普及する以前の保険市場では、マネジドケア・プランに保険料抑制効果はないというのが一般的な見解であった<sup>51</sup>。

経済不況の影響で雇用主など保険購買者側にコスト意識が働くようになると、伝統的な保険プランより保険料が低く設定されていたマネジドケア・プランが急速に普及するようになった。この普及によって保険市場における価格競争が激化し、結果として伝統的な保険を含む保険料全体の増加が抑制されるという「スピル・オーバー」効果が報告されている。

Wickizer と Feldstein（1995）は、1985～92年のデータを用いて、マネジドケアが浸透している地域とそうでない地域を比べると、前者のほうが保険料の増加率が低いという結果を示している。具体的には、HMOの市場占有率が10%増加すると、伝統的な医療保険の保険料を含むその地

域全体の増加率を6.6%ほど低下させる効果があることを導いている。さらに、Lewing Group (1997) の研究では、1991年から1996年の間にこのようなスピル・オーバー効果により節約された保険料総額は14.1～20.8億ドルという推計も出されている。さらに、Lewing Group (1997) マネジドケア加入者が10%増加することで、伝統的な医療保険を含む全てのプランにおける医療支出の成長率を1%軽減する効果があることも報告している。

実際、プラン区別に保険料の成長率の推移を見ると、1998年における保険全体の保険料の伸びが3.3%であるのに対し、HMOおよびPOSプランは2.9%と低い伸びを示している。また、雇用主を通して加入する民間保険の保険料の伸び率は、1991年から1998年の間に、HMOプランで12.1%から2.9%に、PPOプランで10.1%から3.8%へと緩和していることも示されている<sup>182</sup>。

1998年以降、再び保険料は緩やかな上昇傾向を示しているが、CBO (1997) によると、1980年代～1990年初にかけて経験したような高い成長にはならず、今後10年は6%以下に抑えられるというのが専門家の共通の見解であるという。

以上のように、マネジドケアに何らかの医療費抑制効果があるというのが共通の見解になってきている。しかし、これらの医療費抑制が、医療の効率化によって不必要なものを削除した結果なのか、それとも必要度を下回るサービスを提供するなど質の切り捨ての結果として達成されたものなのかに関しては最終的な結論には達していない。質の問題に関しては、後述するが、医師やマネジドケア・プランの収益を最大化する医療資源の投入レベルと、患者の利益のために利用を最大化する医師の投入レベルとの相対比較を行った研究は未だなされていない。

また、前述のとおり、マネジドケア・プランと言っても保険プランの種類 (HMO、PPO、POS など)、HMOのタイプ (スタッフ、グループ、IPA、ネットワーク、混合)、附加的な経済インセンティブの有無 (ボーナス制度の導入ほか)、採用している利用管理手法の種類などによって多種多様であり、人頭払いVs FFS方式という単純な構図ではもはやなくなっている。どの保険プランのどのようなインセンティブが、あるいはどのような管理技法が、具体的にどの程度医療費を決定づけているのかを、ケース・ミックスを調整した上でさらに細分化して検討する必要がある。

## 8. 医療の質

ドナベディアンが指摘するように、医療の質の評価には、「構造」(患者当たり医師数、看護婦数、病室の面積、設備等)、「プロセス」(医療の適切性など技術的側面)、「アウトカム (結果)」(治療結果、治癒率、罹患率、消費者満足度等) という3つの視点があると考えられている<sup>183</sup>。マネジドケアの医療の質への影響を評価する指標として「アウトカム」および「プロセス」の視点からなされた研究が多くなされるようになってきている。ただし、医療の質は、その定義の困難性から具体的な評価方法は統一されておらず、研究者によって大きく異なるので実証研究の結果を単純に比較することはできない<sup>184</sup>。

### (1) アウトカム(転帰、治療結果)

Ware, et al. (1996) は、ボストン、シカゴ、ロサンゼルス の3都市における高血圧、糖尿病、うつ病、心不全、心筋梗塞、うつ病の人を対象とした5年にわたる大規模な調査結果から、HMOプランと伝統的な医療保険プランの間に、平均的

な患者の心身の健康状態に有意な差がないことを示している。これは、10年前の無作為割当による実験研究結果を裏づけるものであった<sup>注55</sup>。

また、個別疾患の症状別アウトカムについても、多くの実証研究がなされている。例えば、Greenfield, et al. (1995) は、高血圧患者とNIDDM（非インスリン依存型糖尿病）患者について伝統的プランとマネジドケア・プランの加入者の健康状態を4年にわたって比較分析（血圧、卒中の有無、アルブミン排泄量などを測定）し、プランの間に有意な差が認められないことを報告している。

さらに、Angus (1996) は、集中治療室の利用度がほぼ同じであるのに対し、死亡率は、伝統的な保険の加入者よりもHMOプラン加入者のほうが低いという結果を出している。

うっ血性心不全の入院患者の転帰に関するNi, et al. (1998) の研究では、プランの区分により死亡率および退院後3ヵ月以内の再入院率に有意な差は認められていない。また、Potsky, et al. (1997) は、65歳以上の乳癌患者の生存率および治療率でも、メディケアHMOとFFS方式のメディケア加入者の間に統計的に有意な差は認められていないことを報告している。

## (2) 消費者満足度

アウトカムの指標の一つであると考えられている消費者満足度に関する調査研究も行われている。1996年に連邦政府によって実施された医療費パネル調査では、雇用主を通じてHMOプランやゲートキーパーのいるその他のマネジドケア・プランに加入している被用者の81.5%が必要な時に提供されるサービスに「非常に満足している」と回答し、15.1%が「まあまあ満足している」と回答しているという<sup>注56</sup>。

また、1997年に35都市在住の65歳以下の10万

5,000人を対象に行われたSachsグループ (1998) の調査では、FFS方式のプラン加入者の75%、PPOプラン加入者の79%、HMOプランの83%、POSプランの81%が満足していると回答していることを示している。さらに、1998年に実施された16万7000世帯の調査<sup>注57</sup>によると、自己の健康状態への認識具合にかかわらず満足度の値はPPOプラン、HMOプラン、伝統的な保険プランの間で大きな違いは見られないという。この結果は、65歳以上の高齢者に対しても同様であり、PPOプラン加入者の78%、HMOプラン加入者の77%、伝統的な保険プランの77%が健康状態に関わらず満足していると解答している。

## (3) プロセス

プロセスの評価とは、現時点で適切とされる方法・手順に従って医療が適用されたかどうかを、診療行為や疾病管理などサービスの提供過程に焦点を当てて事後的に評価することを意味する<sup>注58</sup>。通常、カルテなどの診療記録をそれぞれの専門分野で標準的とされる診療ガイドラインに基づき評価されることが多い。

Every, et al. (1998) によると、AHCPR（医療政策研究機関）のガイドラインに従って不安定狭心症患者に対する治療プロセスを比較すると伝統的な医療保険の加入者よりもマネジドケア・プランの加入者のほうがβブロック治療とアスピリンなど適切な治療ケアをうけている可能性を示唆した。さらに、Every, et al.は、多変量解析結果から、①AHCPRのガイドラインにより定められている冠動脈造影の実施状況と保険区分に有意な差はないこと、②死亡率と保険区分にも大きな差はないことを示している。

また、乳癌患者の診断に関して、Riley, et al. (1994) は、メディケアHMOプラン加入者の方が他のメディケア加入者よりも早期診断がなされて

いることを示している。さらに、Riley (1999) ① 早期診断されているHMO加入者は、乳房切断よりも乳房温存手術を受ける割合が高く、②乳房温存手術を受ける加入者は放射線治療をより多く受けていることを示している。しかし、同じマネジドケア・プランであっても、提供者によって（個別プランによって）実施状況にばらつきがあることも示されている。

#### (4)総合的な評価

Miller & Luft (1994) は、1980～93年になされた実証研究のレビューを通じて、17の測定指標のうち14指標においてHMOプランは他のプランに比較して同等以上の質であることを結論づけている。さらに、Miller & Luft (1997) は、1993～1997年の実証研究のメタ分析を行い、医療サービスの利用可能性、提供プロセス、治療結果、医師の応答などを含む24指標のうち18の指標において、HMOプラン加入者が受けている医療の質は少なくとも伝統的プランの加入者と同等であると結論を出している。しかし、年齢、所得などで細分化した場合は、高齢者、病弱な人、及び低所得者の身体、心身上の健康状態に関しては、伝統的プランの方がHMOプランより好ましい結果であるという指摘もあり、そのため最終的な結論には至っていない<sup>註59</sup>。

また、Seidman, et al. (1998) は、心臓疾患患者の治療結果に関する実証研究のメタ分析を行っている。彼らによると、1)プロセスを評価（予防、高血圧、急性胸痛、うっ血性心不全、高コレステロール血しょうなどのプロセス指標による評価）した11の実証研究のうち7つにおいてHMO以外のプランに比較してHMOプランで良好な結果が出されている、"アウトカムを評価（胸痛、高血圧、発作などのアウトカム指標による評価）した10の実証研究のうち7つにおいてHMOとそれ以

外のプランで有意な差は見られていないという。

Seidman, et al. (1998) によると、プロセスに焦点をあてた11の実証研究において用いられている15のプロセス指標のうち、9の指標においてHMOプラン以外と比較するとHMOプランの方が良好で、5つの指標において同等、残りの1についてHMOプラン以外の方が良好な結果であるという。また、アウトカムに焦点を当てた実証研究において用いられている20のアウトカム指標のうち、2つに関しては、HMOプランの方が良好で、残りの18に関しては有意な差がないことを結論づけている。

これらの実証研究の結果からは、伝統的プランに比べてマネジドケア・プランの質が悪いと言う結論は導きだせない。しかし、積極的にマネジドケア・プランの質が良いということもできず、統計的には有意な差が認められないというのが現状における妥当な解釈であろう。これらの最終的な結論を導き出すには、質の定義およびその科学的な評価方法の確立および継続的な洗練化が求められる。

#### (5)社会的な批判とアカウントビリティ

実証研究レベルでは、医療サービスの質の劣化を証明することはできない。しかし、現実社会においては、1990年代以降、急速に普及したマネジドケア・プランに対する批判が多く見られるようになってきている<sup>註60</sup>。高度医療への支払いが拒否される、あるいは救急医療が受けられない、出産後24時間以内に退院させられる、専門医への紹介を拒否するなどサービスの出し渋り（過少医療）、ギャグ条項<sup>註61</sup>の存在などがマスコミなどで多く報道されるようになった。これは、必ずしもマネジドケア・プラン全体に問題があるということを意味するものではないが、過少サービスを提供するインセンティブを持つことに違いはない。このよう

な中、行政による規制の強化が図られている。また、マネジドケア・プランに対するアカウントビリティが強く求められるようになった<sup>註62</sup>。現在では、マネジドケア・プランの第3者評価・認定機関であるNCQA（全米品質保証委員会）が、各プランのパフォーマンスに関する情報や認定結果を一般公開するようになっている。

## 9. 考察

ここまで、米国医療市場の環境変化とマネジドケア普及の影響を多様な観点から検討を加えてきた。主要な考察結果をまとめると、①FFS方式から定額払いへの変更とゲートキーパー制の導入により、医療資源の投入パターンに変化が見られた（入院サービスや専門医による治療の減少、その他のサービスの増加）、②保険者と医療機関が選択契約を結ぶことで病院市場に価格競争がもたらされた（特に病院数が多い地域ではその傾向が強い）、③消費者の保険選択は価格に左右されるようになり、保険市場における価格競争が激しくなった（企業の補助金政策の変更が背景）、④個別疾病や重症度別にみるとプラン区分による患者のサービス利用度に大きな違いはない、⑤マネジドケアの浸透によって医療費および保険料の伸びが抑えられた、⑥プラン区分によって患者が受ける医療サービスの質に有意な差は認められていない、ということがあげられる<sup>註63</sup>。

ただし、これらは実証研究の蓄積から暫定的に導き出されたものであり、確定的な結論ではない。既に述べたが、実証研究の多くにおいてケース・ミックスの調整技術は未完成であるし、医療サービスの質の測定方法など研究手法が確立されていないものもある。また、米国は民間医療保険が中心であるので、日本と異なり、加入者の保険の移動が容易である。したがって、長期的なインパク

トを測定しようとしても、加入者が保険を移動している場合データ収集が困難になってしまう。

さらに、実証研究の分析対象となる標本に偏りがある場合もある。ケース・ミックス調整のためには、大量データの蓄積と分析が必要となるが、電子データ環境が整備されていない小規模なプランは分析対象から除外され、大規模なプランのみが対象となる可能性が高い。また、そもそも保険に加入していない無保険者のデータは分析対象となっていない。

しばしば、分析対象データとして支払請求データセットが用いられるが、支払方式が多様であるため、その様式は統一されていない<sup>註64</sup>。FFS方式のようにサービス単位で支払いが為される場合は、個別サービスごとに記録が残されるが、人頭払いで支払われる場合は、個別サービスごとの記録を残していない可能性もある。例えば、出産前ケアが分娩（特に業務記録には識別されない）全体の費用の一部として支払われる場合、出産前ケアの受診回数を全て記録する必要はない。また、乳幼児の出産時体重の記録をとらない場合は、病院の退院データから計算された未熟児出産の割合を過少推定する可能性もある。

また、健康状態に大きな影響を与えると考えられる年齢、性別、人種、生活基準などリスク要因をコントロールした研究も少ない。これらのリスク調整技術は、ケース・ミックス調整技術と同様、発展途上段階にある。

しかし、このような方法論上の問題はいつの時代においてもある問題であり、その時代における最高レベルの研究はあっても完璧な研究というのはありえない。重要なことは、方法論上の問題をできる限り除き、継続的に研究の精緻化に取り組むことである。少なくとも、米国では支払方式、医療の質ないしはパフォーマンス評価のための指標も、医師、保険者だけでなく大学や研究機関、政

府等が協働で開発するなど研究の精緻化に向けた努力がなされており、今後の研究成果が期待される。

## 10. 日本への適用可能性

マネジドケアは、民間保険を中心とする米国特有の文化・歴史的背景に生まれたものであり、社会保険を中心とする日本に、そのまま導入できるものではない。例えば、保険料の設定ひとつとってみても、民間医療保険の効率を発揮するには、保険料がリスクや給付カバーの内容などによってきめ細かく設定される必要があるが、社会保険では通常、保険料は所得段階別に設定されるので難しいことになる。しかし、我が国の医療保険のあり方を考える上で、米国の実証研究から得られた知見から学ぶことは少なくない。医療機関選択の自由と、国民皆保険による財政的アクセスの保障を基本とした日本の医療保険制度のメリットを失うことなく、医療サービスの質の維持・向上と効率化を両立させる手段として、マネジドケアの考え方を部分的に適用することは可能であると考えられる。以下で、①包括払いの導入と質の評価システムの確立、②選択契約と保険者機能強化について検討を加える。

### (1) 包括払いの導入と質の評価システムの確立

まず、医療の効率化のために、マネジドケアで採用されている定額払い（包括払い）の導入は、日本においても適用可能である。定額払いと言っても、その定額の単位によって様々であり、1日定額払いや1件当り定額払い、1人当り定額払い（人頭払い）などその単位によって多様である。DRG/PPSは、疾病群別の1件当たり定額払いであるが、理論的には1日当り定額払いにも応用で

きる。我が国の出来高払いも、分類方法によっては、サービス単位に応じた定額払いといえる。そのため、米国のFFS方式に比べると我が国の診療報酬体系は、コスト管理が比較的可能な仕組みとなっているが、サービス量に関しては過剰インセンティブ（過量サービスのインセンティブ）が働く仕組みとなっている。

DRG/PPSや人頭払いなど包括払いの導入は、過量サービスのインセンティブを解消し、コスト意識を向上させることによって医療の効率化に貢献すると考えられる。しかし、救命・救急医療や高度医療など定型的な評価ができない診療行為に対し、包括払いを導入するのは、医療機関経営を悪化させ、結果的に医療サービスの質を低下することになりかねない。一方、老人医療や慢性疾患については、定型的な治療が広がっており、臨床ガイドラインやクリティカルパスなど医療の標準化を推進することが、包括払いの導入を図る前提として必要であると考えられる。これまで審議会等で提案されている「急性疾患は出来高払い」「慢性疾患は包括払い」というのは妥当であると考えられるが、医療機能の合理化と医療サービスの標準化を早急に推進する必要がある。また、かかりつけ医の推進も医療機能の合理化につながる重要な問題でもあるが、医療教育のあり方をふまえて検討すべきである。

包括払いの導入により懸念される医療の質に関しては、現段階では米国の実証研究でも明らかに低下したという報告はなされていない。しかし、米国で一部報道されているような過少医療という別の問題が生じる可能性がないとは言いきれない。ゆえに、包括払いの導入には客観的な質の評価システム及び監査システムが必要である。だが、出来高払いと異なり、診療行為ごとに請求がなされないため、診療行為の内容そのものが外側から見えにくくなるという問題もある。したがって、

客観的な質の評価システムには、「構造」、「プロセス」、「アウトカム」それぞれにおける質ないしはパフォーマンスを評価するための客観的指標を開発し、その指標に関するデータ収集・更新システムを包括させなければならないであろう。その指標を活用することで、ベンチマーキング<sup>注65</sup>手法を医療の世界にも取り入れることが可能になる<sup>注66</sup>。ベンチマーク比較の結果に応じて、パフォーマンスの良い医療機関には税制上優遇する、表彰制度を設けるなど、医療提供者側の質の向上に向けた経済・非経済的インセンティブを付与するのの一策である。

## (2) 選択契約と保険者機能強化

現行制度では、保険医および保険医療機関の指定は都道府県知事が行うことになっており<sup>注67</sup>、医療機関と保険者が個別契約を行うことは事実上ない。しかし、広井（1997）によると健康保険制度創設時は「団体自由選択主義」であり、保険者が医療提供側と個別に契約をしていたという。また、健康保険法第43条の9第3項では、医療機関と保険者の間で診療報酬に関する割引契約を締結することが認められているが、保険局長通知（昭和32年）により、従来から割引契約が認められていた保健所、国立療養所、事業主医局等との間に限定されている。

米国流の選択契約を認めるには法改正が必要になるが、現行制度でも附加給付や診療報酬の1点単位を調整することで、PPOプランに類似した保険を提供することは日本でも可能である。米国のPPOプランと異なるのは、①被保険者（加入者）が、保険者と提携した医療機関以外でも公定の自己負担で自由に受診することが可能であること（フリー・アクセスの保障）、②提携した医療機関においても基本的な支払方式は、公定価格表に基づいてなされること（統一の診療報酬体系）であ

る。

ただし、日本型PPOプランを実現するには、保険者機能強化が前提として必要になる。現在の保険者は、支払事務や保健事業などを行っているが、実際の運営は社会保険庁の指導に従うだけの消極的な役割しか果たしていない。また、医療機関と提携契約を結ぶのに必要である医療サービスの情報収集・評価が行える体制も整っていない。現在の保険者は、国保・健保合わせて5,000以上もあり規模が小さい。より積極的に保険者機能を果たすためには、保険者規模の適正化・再編成の必要がある。また、保険者の事業を民間保険会社などに委託可能にするなど規制緩和も同時に検討されるべきであると考えられる。

## 謝辞

本研究の一部は、ファイザーヘルスリサーチ振興財団の助成（平成10年度）を受けて行われました。ファイザーヘルスリサーチ振興財団に深謝いたします。

## 注

- DRG (Diagnosis Related Groups) は、臨床面、及び医療資源の同質性という二つの側面から、患者をそのケース・ミックスごとに一定のグループに分類する方法であり、一定のコーディングに沿って、患者の医療必要量を測定することにより作成された診断群（1997年時点で492の診断群）である。PPSは、実際に消費された医療資源の多寡に関わらず、DRGの疾病群ごとに予め定められた1件当たりの定額を医療機関に償還するという支払方式である。
- RCRVS (Resource Based Relative Value Scale) とは、医療サービスに投入された資源



- の量に基づいて策定された診療行為の相対指数に基づいて作成された価格表（技術料金）を意味する。
- 3 DIALOGは、学術研究で利用される主要なデータベースに加え、米国を中心としたビジネス、ニュース、特許、企業財務情報等を多く収録しているのが特徴である。
  - 4 DIALINDEX (file No.411) とはDIALOGが提供するほとんど全てのファイルの索引ファイルを集めたものである。
  - 5 DIALOG Journal Finder (file No.414) とはDIALOGに含まれる雑誌検索ファイル。
  - 6 新聞記事データベースや企業レポート、機関年鑑等のデータベースファイルなど、直接研究に関係ないと思われるファイルは除外した。
  - 7 マネジドケアの概説については、田中 (1999)、遠藤 (1999)、亀田 (1999)、川渕 (1999)、田村 (1999)、西田 (1999)、広井 (1999) などを参照。
  - 8 入院計画や看護計画のことを意味する。入院患者の治療の進捗状況をフローチャートに沿って合理的に管理する手法である。
  - 9 診療ガイドラインとは、EBM（根拠に基づく医療）の推進によって蓄積された見地に基づき、最も効果的な標準診療プロセスを定めたものである。
  - 10 高血圧症や糖尿病といった特定の疾患に対して最も効果的な治療法を患者に教育し、治療効果をあげることを目的とする。
  - 11 フォーミュラリー (Formulary) とは元来は病院が患者に治療を行うにあたって、使用する薬剤を事前に検討しておいて在庫するようにしていたときの薬剤リスト一覧表のことであり、DRG/PPSでの包括支払いを受けるようになって、病院経営の立場上、安価な類似効果をもつジェネリック薬を使うことを即す重要なツールとなっている。フォーミュラリーの作成は、PBM（薬剤給付管理）を専門に行うPBM会社が担当することが多い。Kane, N. M. (1997) 参照。
  - 12 伝統的なプランに対して、マネジドケア・プランと契約を結んだプライマリケア医のプライマリケアに従事する時間は長いという報告がある。Simon, et al. (1997) 参照。
  - 13 米国は、民間医療保険が主流であるため、同じ出来高払いといっても日本の診療報酬体系における出来高払いと米国の出来高払いの性質は必ずしも同じではない。医師および医療機関等への支払額の決定は、「単価×量」によってなされるが、日本の場合は、単価が全国的に統一された公定料金価格表によって規定されているため、医師や医療機関が自由に決定可能なのは、量だけである。日本の出来高払いは診療行為ごとに単価が設定されているので、個別の診療行為によって定額化されていると考えることができる。しかし、米国では、メディケアやメディケイドを除くと基本的に、医師および医療機関が量だけでなく単価の高低も自由に設定できる。無論、単価の設定は自由であるといっても、支払側である保険会社との価格交渉があるので自由度にも一定の限界はある。細かい算定方式は保険会社によって異なるが、通常、過去の実績数値などから計算された算定料金に基づいてUCR（適正料金）を支払う。このUCR方式を本稿では、米国流出来高払いとする。また、DRG/PPSを出来高払いに類型するものもあるが、UCR方式などと比較し疾病群ごとに1件当たりの支払料金が包括化されていることから本稿では定額払いと類型する。なお、FFSとは、Fee for Servicesの略である。
  - 14 英語では、保険プランとしてのHMOと組織としてのHMOを区別することが少ないが、誤解をさけるために、ここではHMOプランとHMOと

- いう形で区別した。PPOに関しても同様である。
- 15 IPAとはIndependent Practice Associationの略である。IPA型では、保険者は医療機関とは人頭払い（前払い）の契約をし、医師に関しては開業医で法人組織化されたIPAと契約する。IPA所属の医師は自分のオフィスで独立開業しており、HMOだけではなくHMO以外の患者も診療が可能である。
- 16 AAHP (1999) 参照。AAHPのWEB (<http://www.aahp.org/>) 参照。
- 17 Feldstein (1999) 参照。
- 18 HMOと異なり、PPOプランの運営管理は必ずしもPPO（特約医療機構）とよばれる組織ではない。PPOは、病院や医師グループ等の医療供給者が主導で設立したものであり、もともと保険者機能を保有した組織ではなかった。
- 19 Barger et al. (1985) 参照。
- 20 POSとは、サービス受診時に医療機関を選択できるという意味であり、HMOやPPOと異なり、POSと呼ばれる組織は存在しない。
- 21 KPMG Survey of Employer-Sponsored Health Benefits (1997) 参照。
- 22 1960～70年代までは、事業主など支払側が保険料上昇に対して寛容であったこともあり、誰もが財政リスクを意識することなかったが、1980年代になると支払者側のコスト意識が高まったため、特に保険者の財政リスクが高まることになった。
- 23 最近では、単純に頭数で支払うのではなくリスクを加味した人頭支払がなされるようになってきている。
- 24 米国の20都市における108のマネジドケア・プランの調査によると、グループ/スタッフ型HMOの34%がプライマリケア医への支払方式として人頭払いを採用しており、これらのうち71%が源泉徴収ないしはボーナスも利用しているという。さらに、サラリー方式をとっている半分以上のグループ/スタッフ型HMOも、源泉徴収ないしはボーナスを利用しているという。Hillman (1987)、Gold, et al. (1995) 参照。
- 25 例えば、最もアメリカで大きいHMOの二つである、FHP とU.S. Health Careでは、入院日数、専門医への紹介率などの「最良診療パラメーター」による評価結果と、他の同僚である医師達の利用度との比較結果によって、ボーナスを支払うという (Appleby, 1995)。さらに、U.S. Health Care は、患者満足度の結果を考慮してボーナスを支払っている。このほかに、リスクプールの大きさをボーナスの基準にしているところもあるという。Debrock and Arnould (1992) 参照。
- 26 DRGは、臨床面、及び医療資源の同質性という二つの側面から、患者をそのケース・ミックスごとに一定のグループに分類する方法であり、一定のコーディング (Cording) に沿って、患者の医療必要量を測定し作成されたものである。
- 27 印南 (1991) 参照。
- 28 医師の需要誘導の中心的な考えは、医療提供者は医学に関する専門知識を一方的に持っており (情報の非対称)、その専門知識を患者ではなく自己の利益のために用いて (代理理論)、医療の需要に影響を与えるということである。Arrow (1963, 1973; 1984)、Feldstein (1993) 参照。
- 29 Lichtenstein et al. (1992)、Riley et al. (1996) 等
- 30 ケース・ミックス (Case Mix) とは、患者の疾病名、病状、重症度、及び予後などいわゆる患者の症例情報を示す。
- 31 Manning, et al. (1984) 参照。
- 32 近時、HMOの強力な経済インセンティブは、必要以上の医師の資源利用抑制を招くことにな

- るとして、マスコミ報道などで批判がなされた。こうしたインセンティブ報酬システムの患者に対する医療の質に与える潜在的影響を考慮して、医療サービスの減少を過剰に推進するような方法で医師に支払いを行うことを抑制する規制が強化されるようになっている。
- 33 Thom and Campbell (1997)、Hammes and Webster (1996)、Paris et al. (1997) 参照。
- 34 印南 (1988)、堀 (2000) 参照。
- 35 外部の医師が病院を利用し全ての診療を行う権利のことを意味する。
- 36 一般的に、医師以外の医療設備、医療機器、看護婦等の専門職スタッフ等管理組織を提供する医療施設であると考えられており、医療機能の合理化が徹底している。最近では、病院で外来治療を行うことも珍しくなくなったが、伝統的には病院は入院を必要とする治療のための施設であった。
- 37 米国医師会によると、グループ・プラクティスの数は1991年の約1万7000から約2万に増えている。また、1グループ当りの平均医師人数も6.6人から10.5人に増えている。
- 38 Joskow (1980) ; Wilson and Jadow (1982)、Luft and Maerki (1984-85)、Farley (1985)、Robinson and Luft (1985; 1987) ; Luft et al. (1986) 等参照。
- 39 通常のエconomic理論では、医療サービス供給者の数が増えると競争が増し、その結果、供給者の利益は減少し、価格(料金)は下がることになる。
- 40 Held, Philip and Pauly (1983)、Robinson and Luft (1985)、Robinson (1988) 参照。
- 41 外来ケアの増加は、①医療保険の給付制限が入院より外来のほうが少なかったことと、②保険者の事前審査においてよりコストのかからない外来手術ができないかを確認されたこと、③外来ケアに対してより大きな経済インセンティブが働いたこと、④医療技術の発展のため外来ケアで入院の代替が可能になったことが関係していると思われる。
- 42 カイザー・パーマネントが数少ない成功例としてあげられる。
- 43 Feldsetin (1999) 参照。
- 44 Robinson and Gardner (1995)、Fama et al. (1995)、Davis et al. (1995) 参照。
- 45 米国では雇用主(企業)は毎年被用者に複数の医療保険プランを提示し、選択させねばならない。また、一般に保険料の雇用主負担は日本の折半よりも高く、80%程度である。
- 46 Manning W et al. (1984) 参照。
- 47 この実験で分析対象となったHMOはグループ・ヘルス・コーポラティブ・オブ・ピュージェットサウンドというスタッフ型HMOである。
- 48 Buchanan (1996) 参照。
- 49 1990年以前の人件費の増加率は他の産業と比べて著しい増加率を示していたという。CBO (1997) 参照。
- 50 Smith et al. (1998) 参照。
- 51 Gable (1992) 参照。
- 52 AAHP (1999) 参照。これらの保険料率の設定は、各年度の保険給付額の影響を受け、単純に考えると給付額(支出)が少ないほうが保険料率を低く設定できる。1998年度の給付額で見るとHMOプランは1人当たり平均3,215ドルであり、PPOプランは1人当たり3,494ドルとなっている。これに対し、伝統的な保険は、平均3,788ドルになっており、HMOプランで573ドル、PPOプランで294ドルの節約効果があったとされる。
- 53 Donabedian (1968, 1980, 1989) 参照。医療サービスの質の評価において、プロセスや構造の評価も含まれるのは、「良いプロセスまたは構造は、良いアウトカムを導く」ということを

前提にしているからである。

- 54 堀 (2000) 参照。
- 55 ランド研究所の実験研究において、マネジドケア・プランと伝統的プランの間に加入者の健康状態のアウトカム (身体機能、精神健康、一般健康指標、臨床機関、危篤な症状の有無) に有意な差は見られないことがはじめて報告された。Ware (1986) 参照。
- 56 Employee Benefit Research Institute (1998) 参照。
- 57 National Research Corporation (1998) 参照。
- 58 プロセスの評価を行うには、分析対象となる  
①診療記録の整備 (カルテのフォーマットの統一、記載用語の統一、電子化等) や②医療の標準化 (診療ガイドラインやクリティカルパスの開発、EBM [根拠に基づく医療] の徹底) が必要である。
- 59 Hellinger (1998) 参照。
- 60 マネジドケアを告発するホームページが存在する (<http://www.his.com>) 参照。
- 61 例えば、マネジドケア・プランにおいて提供するサービスと、医師が患者にとって最高と考えるサービスが一致しない場合があってもそれを患者にはあえて言わないという契約条項があった。これは、ギャグ条項とよばれ、最近では多くの州で禁止されるようになっている (1998年で27州)。
- 62 多くのマネジドケア組織がアカウントビリティ確立のため消費者向けにレポートカード (自己評価表) を作成している。しかし、各保険者の様式が異なり、消費者が比較検討することが困難であったので、異なるプラン間を統一指標であるHEDISをNCQA (全米品質保証委員会) が開発した。NCQAは、HEDISによるこのパフォーマンス評価だけでなく、高い質のケアを提供することが可能か、提供するケアを継続して向上しつづけられる体制をもっているのかなどを判断する認定活動も行っている。最近では、HEDIS結果にもとづきマスコミがマネジドケア・プランのランキングなどを行っている。堀・印南 (2001) 参照。
- 63 また、マネジドケアの特徴の一つである利用管理の手法や予防医療については、概念的には支持されていても、実証研究の蓄積がなされておらず、その有効性は未だ明確にはされていない。
- 64 HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) 法の施行によって医療情報の環境整備は推進される方向にある。
- 65 米国で脚光を浴びている新経営手法。共通するビジネスで最高の実例とみなす目標=ベンチマークと比較することで、現状を抜本的に改善、改革しようとする。
- 66 指標結果を比較分析するにはケース・ミックス調整が不可欠である。
- 67 1943年に、「法定保険医制度」が導入され国が保険医をするようになり、同時に診療報酬も人頭請負方式から公定単価方式に変更されたという。1957年になって、機関レベルの指定制度が追加され、「保険医療機関の指定、保険医の登録」という現在の二重指定制度が採用された。

## 参考文献

- 1) 池上直己. ベーシック医療問題. 日本経済新聞社. 1998.
- 2) 池田俊也. 医療の管理化は可能か. 医療と社会. 1999; 8-4: 89-98.
- 3) 印南一路. 米国の医療費保障 変わる政策態度と産業構造. 日本医療文化センター. 1988.
- 4) 印南一路. 日米の医療費の支払方式. 日本製

- 薬工業協会. 1991.
- 5) 印南一路・堀真奈美. 米国医療のアカウンタビリティの概念と動向. 会計検査研究. 2001 ; 23 : 33-51
  - 6) 遠藤久夫. マネジドケアの基本特性とその功罪. 医療と社会. 1999 ; 8 - 4 : 7-20.
  - 7) 亀田俊忠. マネジドケアの現状と日本への適用の可能性. 医療と社会. 1999 ; 8 - 4 : 21-40.
  - 8) 川渕孝一. 米国におけるマネジドケアの現状と課題. 医療と社会. 1999 ; 8 - 4 : 53-72.
  - 9) 田中滋. マネジドケアの本質と要素. 医療と社会. 1999 ; 8 - 4 : 1 - 6 .
  - 10) 田村誠. 米国の公的医療保障に導入されるマネジドケア. 医療と社会. 1999 ; 8 - 4 : 73-88.
  - 11) 田村誠. マネジドケアで医療はどう変わるのか. 医学書院. 1999.
  - 12) 西田在賢. マネジドケア医療革命. 日本経済新聞社. 1999.
  - 13) 広井良典. 医療改革とマネジドケア. 東洋経済社. 1999.
  - 14) 広井良典. 医療保険改革の構想. 日本経済新聞社. 1997.
  - 15) 堀真奈美. 医療費支払方式が医療システムに与える影響—米国の経験. 公共政策学会年報. 2000 : 1 -14.
  - 16) 堀真奈美. 医療サービスの質と第三者評価に関する考察. 公共政策研究. 有斐閣. 2001 : 200-214.
  - 17) AAHP. Mastectomy length of stay : Information and Analysis March. 1998.
  - 18) Angus.D. The Effect of Managed Care on ICU Length of Stay. Journal of the American Medical Association. 1996 ; 276.
  - 19) Appleby.C. The Measure of Medical Services. Hospital and Health Networks. 1995 ; 69 : 26-34.
  - 20) Arrow. K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review. 1963 ; 53- 5 : 941-973.
  - 21) Arrow. K. The welfare economics of medical care. Health Economics. 1973 : 13-48.
  - 22) Arrow. K. Government decision making and the precariousness of life. Ethics and Medical Care. 1984
  - 23) Barger. SD. The PPO Handbook. Gaithersburg, MD : Aspen Publishers. 1985
  - 24) Blomquist.A. The Doctor as a double agent : Information asymmetry, health insurance and medical. Journal of Health Economics. 1991 ; 10 : 411-432.
  - 25) Buchmueller and Feldstein. Consumer's sensitivity to health plan premiums : Evidence from a natural experiment in California. Health Affairs. 1996 ; 15- 1 : 143-158.
  - 26) Buchmueller and Feldstein. The effect of price on switching among health plans. Journal of Health Economics. 1997 ; 16- 2 : 231-247.
  - 27) CBO. Trend in health care spending by the private sector, CBO paper. 1997 ; 4.
  - 28) Conrad et al. Vertical structures and control in health care markets : A conceptual framework and review. Medical Care Review. 1988 ; 45- 1 : 49-100.
  - 29) Davis, K. Economic theories of behavior in nonprofit private hospitals. Economic and Business Bulletin. Temple University. 1972

- 31) Davis, K. et al. Choice Matters for Consumers, Health Affairs, 1995 ; 4 (Summer)
- 32) Debrock and Arnould. Utilization Control in HMOs. Quarterly Review of Economics and Finance. 1992 ; 32 - 3 : 31 - 53.
- 33) Donabedian. Promoting Quality through Evaluating Patient Care. Medical Care. 1968 ; 6 - 1 .
- 34) Donabedian. The Definition of Quality and Approaches to its assessment. Health Administration Press. 1980
- 35) Donabedian. responsibilities in quality assurance. Quality Assurance in Health Care 1989 ; 11 - 1
- 36) Dowd and Feldman. Premium elasticities of health plan choice. Inquiry. 1994 ; 31 : 438 - 44.
- 37) Dowd and Feldman. Managed Care & Changing Health Care Markets. The AEI Press. Washington D.C. 1998 : 24 - 54
- 38) Employee Benefit Research Institute. Access to Health Care and Satisfaction. Notes. 1998 ; 19 : 4 (April)
- 39) Enthoven. A. Managed competition : an agenda for action. Health Affairs. 1988 ; 7 - 3 : 25 - 47.
- 40) Enthoven. A. A consumer-choice health plan for the 1990s. The New England Journal of Medicine. 1989 ; 320 - 1 : pp. 29 - 37.
- 41) Epstein. et al. The use of ambulatory testing in prepaid and fee-for-service group practices. The New England Journal of Medicine. 1986 ; 314 - 17 : 1089 - 1094.
- 42) Every. N. Cannon. P et al. Influence of insurance type on the use of procedures, medications and hospital outcome in patients with unstable angina : Results from the GUARANTEE registry. Journal of the American College of Cardiology. 1998 ; 32 - 2 : 7 - 392.
- 43) Fama. T. et al. Do HMOs Care for the Chronically Ill. Health Affairs. 1995 ; 14
- 44) Fama and Bemstein. A comparison of physician and hospital use among the nonelderly covered by HMOs and indemnity insurance. Medical care research and review. 1997 ; 54 - 2 : 239 - 54
- 45) Farley. D.E. Competition among hospitals: Market structure and its relation to utilization, costs and financial position. Research Note 7 . Hospital Studies Program. National Center for Health Services Research and Health Care Technology Assessment. 1985
- 46) dman and Dowd. Premium elasticities of health plan choice. Inquiry. 1994 ; 31 - 4 : 438 - 444.
- 47) Feldman et al. Effects of HMOs on the creation of competitive markets for hospital services. Journal of Health Economics. 1990 ; 9 - 2 : 207 - 222.
- 48) Feldman et al. The demand for employment-based health insurance plans. Journal of Human Resources. 1989 ; 24 - 1 : 115 - 42.
- 49) Feldstein. P.J. Health Care Economics (5th ed). Delmar. 1999.
- 50) Fronstin. P. Physician practice in a dynamic environment : implications for the health care system. EBRI Issue Brief. 1995 ;

- 162 : 1 - 19.
- 51) Fuchs and Kramer. Determinants of expenditures for physicians' services in the United States 1948 - 1968. Paper Series. National Bureau of Economic Research. 1973
- 52) Gold, et al. Behind the curve : A critical assessment of how little is known about arrangements between managed care plans and physicians. *Medical Care Research and Review*. 1995 ; 52 : 307 - 341.
- 53) Greenfield S et al. 1995. Outcomes of Patients with Hypertension and Non-insulin-dependent Diabetes Mellitus Treated by Different Systems and Specialists : Results from the Medical Outcome Study. *JAMA*. 1995 ; 274 - 18 : 1436 - 1444
- 54) Hammes and Webster. Professional ethics and managed care in dermatology. *Archives of Dermatology*. 1996 ; 132 - 9 : 1070 - 1073.
- 55) Held.Philip and M Pauly. Competition and efficiency in the end stage renal disease program. *Journal of Health Economics*. 1983 ; 2 - 2 : 95 - 118
- 56) Hellinger.F. The Effect of Managed Care on Quality. *Arch Intern Med*. 1998 ; 158 - 8 : 833 - 841
- 57) Hillman et al. How do financial incentives affect physicians' clinical decisions and effect financial performance of health maintenance organizations?. *The New England Journal of Medicine*. 1989 ; 321 - 2 : 86 - 92.
- 58) Hillman.A.L. Financial incentives for physicians in HMOs. *The New England Journal of Medicine*. 1987 ; 317 - 27 : 1743 - 1748.
- 59) Hlatky et al. Diagnostic test use in different practice settings : A control comparison. *Archives of Internal Medicine*. 1993 ; 143 : 1886 - 1889.
- 60) John E. Ware Jr. et al. Differences in 4 - year health outcomes for elderly and poor, chronically ill patients treated in HMO and fee-for-service systems. *Journal of American Medical Association*. 1996 ; 276 - 13 : 1039 - 1047.
- 61) Joskow. P.J. The effects of competition and regulation on hospital bed supply and the reservation quality of the hospital. *Bell Journal of Economics*. 1980 ; 11 - 2 : 421 - 447.
- 62) Kane.N.M. Pharmaceutical cost containment and innovation in the United States. *Health Policy*. 1997 ; 41 : S71 - S89.
- 63) Kao et al. The relationship between method of physician payment and patient trust. *Journal of the American Medical Association*. 1998 ; 280 - 19 : 1708 - 1714.
- 64) Lee. M.L. A Conspicuous Production Theory of Hospital Behavior. *Southern Economic Journal*. 1971 ; 38 : 48 - 58.
- 65) Lewing Group LLC. *Managed Care Savings*. 1997
- 66) Levit. K. et al. National Health Expenditures in 1997 : More Slow Growth. *Health Affairs*. 1998 ; 17 (Nov/Dec)
- 67) Lichtenstein R et al. HMO Marketing and Selection bias. *Medical Care*. 1992 ; 30 - 4 : 329 - 346
- 68) Long et al. Employee premiums, availability of alternative plans and HMO disenrollment.

- Medical Care. 1988 ; 26 - 10 : 927 - 38.
- 69) Luft and Maerk. Competitive potential of hospitals and their neighbors. Contemporary Policy Issues. 1984 - 85 ; 3 : 89 - 102.
- 70) Luft et al. The role of specialized clinical services in competition among hospitals. Inquiry. 1986 ; 23 : 83 - 94.
- 71) Manning. et al. A controller trial of the effect of a prepaid group practice on use of services 2. The New England Journal of Medicine. 1984 ; 310 - 23 : 1505 - 1510.
- 72) Martin et al. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: A randomized trial. American Journal of Public Health. 1989 ; 79 : 1628 - 1632.
- 73) Melnick and Zwanziger. Hospital behavior under competition and cost containment policies. Journal of the American Medical Association. 1988 ; 260 - 18 : 2669 - 2675.
- 74) Melnick et al. The effects of market structure and bargaining position on hospital prices. Journal of Health Economics. 1992 ; 11 - 3 : 217 - 233.
- 75) Miller and Luft. Managed care plan performance since 1980. JAMA. 1994 ; 271 - 19 : 1512 - 1519.
- 76) Miller and Luft. Does Managed Care Lead to Better or Worse Quality of Care?. Health Affairs. 1997 ; 16 - 5 : 7 - 25
- 77) Murry et al. Ambulatory testing for capitation and fee-for-service patients : Relationships to outcomes. Medical Care Research and Review. 1992 ; 30 : 252 - 261.
- 78) National Research Corporation. Health Care Market Surveys. 1998 (Sept)
- 79) Nelson et al. Access to Care in Medicare HMOs. 1996. Health Affairs. 1996 ; 16
- 80) Newhouse. J. P. A model of physician pricing. Southern Economic Journal. 1970 ; 37 : 174 - 183.
- 81) Ni. H. et al. Managed Care and Outcomes of Hospitalization Among Elderly Patients with Congestive Heart Failure. Archives of Internal Medicine. 1998 ; 158
- 82) Paris et al. Ethical and legal issues in the intensive care. Journal of Intensive Care Medicine. 1997 ; 12 - 6 : 293 - 309.
- 83) Pauly and Redisch. The not-for-profit hospital as a physician's cooperative. American Economic Review. 1973 ; 63 : 87 - 99.
- 84) Potsky et al. Breast Cancer Survival and Treatment in Health Maintenance Organizations and Fee-for-Services Settings. Journal of the National Cancer Institute. 1997 ; 89.
- 85) ProPAC. Medicare and the American Health Care System : Report to the Congress. Washington.D.C. 1996
- 86) Rice. R. G. Analysis of the hospital as an economic organism. The Modern Hospital. 1966 ; 106.
- 87) Riley. et al. Stages of Cancer at Diagnosis for Medicare HMO and Fee-for-Services Enrollees. the American Journal of Public Health. 1994 ; 84 (Oct)
- 88) Riley G et al. Health Status of Medicare Enrollees in HMOs and Fee-for-Service in 1994. Health Care Financing Review. 1996 ; 17 - 4 : 65 - 76
- 89) Riley G et al. Stage at diagnosis and treatment patterns among older women



- with breast cancer : An HMO and fee-for-service comparison *Journal of the American Medical Association*. 1999 ; 281 - 8 : 720 - 726.
- 90) Ritzwoller. D. P. *Issues in Managed Care*. A Bell & Howell Company. Michigan. 1998
- 91) Robinson and Luft. Competition and the cost of hospital care : 1972 - 1982. *Journal of the American Medical Association*. 1987 ; 257 - 23 : 3241 - 3245.
- 92) Robinson and Luft. The impact of hospital market structure on patient volume, average length of stay, and cost of care. *Journal of Health Economics*. 1985 ; 4 - 4 : 333 - 357.
- 93) Robinson. J.C. Physician-hospital integration and the economic theory of the firm. *Medical Care Research and Review*. 1997 ; 54 - 1 : 3 - 24.
- 94) Robinson. J.C. Hospital Quality Competition and the Economics of Imperfect Information. *The Milbank Quarterly*. 1988 ; 66 - 3 : 465 - 481.
- 95) Robinson. J. and Gardner. L. Adverse Selection Among Multiple Competing HMOs. *Medical Care*. 1998 ; 33 (DEC).
- 96) Sachs Group. *Sachs/Scarborough Health Plus 1997*.
- 97) Seidman et al. Review of Studies that compare the Quality of Cardiovascular Care in HMO Versus Non-HMO Settings. *Medical Care*. 1998 ; 36
- 98) Simon. Carol J. et al. The Provision of Primary Care : Does Managed Care Make a Difference?. *Health Affairs*. 1997 ; 16 - 6 : 89 - 98
- 99) Stern R et al. Coparison of Length of Stay and Costs for Health Maintenance Organization and Fee-for-Service Patients. *Arch Inter Med*. 1989 ; 149 : 1185 - 1188
- 100) Simon et al. *Managed Care & Changing Health Care Markets*. The AEI Press. Washington D.C. 1998 : 95 - 120.
- 101) Smith. S.. et al. The Next Ten Years of Health Spending : What Does the Future Hold?. *Health Affairs*. 1998 ; Sept/Oct
- 102) Smith. D. The Effects of Preferred Provider organizations on Health Care Use and Costs. *Inquiry*. 1998 ; 34 Winter
- 103) Thom and Campbell. Patient-Physician trust : An exploratory study. *Journal of Family Practice*. 1997 ; 44 - 2 : 169 - 176.
- 104) Ware J. Comparison of Health Outcomes at a health Maintenance Organization with those of fee-for-service care. *Lancet*. 1986 ; 3 - May : 1017 - 1022
- 105) Welch.W.P. The elasticity of demand for health maintenance organizations. *Journal of Human Resources*. 1986 ; 21 : 252 - 266.
- 106) Wilson and Jadow. Competition, profit incentives and technical efficiency in the provision of nuclear medicine services. *Bell Journal of Economics*. 1982 ; 13 : 472 - 482.
- 107) Wickizer and Feldstein. The impact of HMO competition on private health insurance premiums. 1985 - 1992 *Inquiry*. 1995 ; 32 - 3 : 241 - 251
- 108) Yelin. E. at el. Health Care Utilization and Outcomes Among Persons with Rheumatoid Arthritis in Fee-for-Service and Prepaid Group Practice Settings. *Journal of the American Medical Association*. 1996 ; 276.

- 109) Zwanziger and Meirowitz. Managed Care & Changing Health Care Markets. The AEI Press. Washington D.C. 1998 : 77 - 94.
- 110) Zwanziger and Melnick. The effects of hospital competition and the Medicare PPS program on hospital cost behavior in California. Journal of Health Economics. 1988 ; 7 - 4 : 301 - 320.

著者連絡先

〒252-0816

神奈川県藤沢市遠藤5322

慶應義塾大学大学院政策・メディア研究科博士課程

堀 真奈美

TEL.0466-47-5111

〒252-0816

神奈川県藤沢市遠藤5322

慶應義塾大学大学院政策・メディア研究科教授

印南 一路

TEL.0466-47-5111

# The impact of the Managed Care System on the US health care market

**Manami Hori, M.M.G.\*<sup>1</sup>**

**Ichiro Innami, Ph. D.\*<sup>2</sup>**

Achieving the cost efficiency of health care while assuring its quality has been one of the most important issues in industrialized countries. "Managed Care System (MCS)" in the US, which aims to achieve the above objective by giving the financial risks and economic incentives to health care providers, has drawn a broad attention as a viable policy option and spread quickly all over the US. Concern for MCS has also been growing rapidly throughout the world in recent years.

Reflecting the above situation, there are thousands of articles about the MCS, whose quality vary from a mere description to a multivariate analysis of its impacts on health care quality and costs. Also, as the MCS has spread as a health care system, the MCS itself produced its variations, absorbing the traditional health care providing and insuring mechanisms. As a result, the definition and evaluation of the MCS became very elusive and confusing.

The aim of this thesis is to (1) explore the concept of the Managed Care System, and (2) examine the impact of the MCS on the US health care system with a focus on health care costs, by systematically and thoroughly reviewing the past academic studies on the MCS, hereby providing policy makers and interested parties with a baseline for meaningful discussion.

**[key words]** Managed Care, US Health Care System, Health Care Market, Literature Review

---

\* 1 Keio University, Graduate School of Media and Governance

\* 2 Professor, Keio University, Graduate School of Media and Governance