

投稿論文

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

堀 真 奈 美
(慶應義塾大学政策・メディア研究所)

要約：

これまでも医療費支払方式の問題は、医療政策や医療経済の学問分野で取り上げられてきた重要なテーマであり、既存研究の蓄積もある。だが、その多くが医療費抑制という国家レベルの問題意識を背景としたマクロの視点からの研究が中心であり、サービス提供側の病院、医師やサービス受給側の行動に焦点を当てたミクロの視点からの実証研究は、我が国ではほとんどなされていない。また、医療費支払方式とサービス提供側の行動に関する理論的整理は散見される程度で、昨今の急激な医療をとりまく環境変化に追いつかないというのが現状である。

本研究は、医療費支払方式の整理分類を行うとともに、1980年代以降の米国における実証研究のレビューを中心に医療費支払方式の変化が、サービスの提供主体である病院、医師等の行動にどのような影響を与えたのか、医療サービスの質にどのような影響を与えたのか等を考察する。

キーワード：医療政策、マネジドケア、医療費抑制、医師行動、病院行動、医療保険、米国医療制度、出来高払い、人頭払い、定額払い

1. はじめに

1.1. 研究の背景

日本の国民医療費は、1996年度で推計約28.1兆円、GDPの約7%に達している。しかも、経済情勢の悪化に伴い、保険料収入が伸び悩む状況下であるにも関わらず、医療費は毎年1兆円規模という高い水準で伸展しつづけており、医療保険財政は現在大幅な赤字構造を呈する状態に陥っている。更に急速な社会の高齢化の問題も絡み、公的医療保険制度そのものの存続まで危惧される現況である。

医療費高騰に悩むのは日本ばかりではない。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制度改革が行われた。

例えば、英国は国営事業であるNHS(National Health Service)内部に市場原理を一部導入し、米国は公的老人医療保険であるメディケアの入院医療費の支払方式を従来の出来高払いから疾病群別に支払料金を包括化する方式に変更するなど改革を行った⁽¹⁾。

日本も医療費抑制政策の一環として診療報酬体系の原則出来高払い制度を改め、老人医療や療養型病床群に定額払

いを一部導入した。最近では、「急性疾患は出来高払い」、「慢性疾患は定額払い」を原則として、病院の機能と診療報酬の両面で急性期病床と慢性期病床を区分しようという議論もある。

このような医療費支払方式⁽²⁾は、医療費抑制政策として重要であるのと同様に、それに対応する医療機関の経営方針や医療サービスの提供態様を含めた行動を決定する要因としても極めて重要な意味をもっている。

1.2. 研究の目的

これまでも医療費支払方式の問題は、医療政策や医療経済の学問分野で取り上げられてきた重要なテーマであり、既存研究の蓄積もある。だが、その多くが医療費抑制という国家レベルの問題意識を背景としたマクロの視点からの研究が中心であり、サービス提供主体である病院、医師やサービス受給側の行動に焦点を当てたミクロの視点からの実証研究は、我が国ではほとんどなされていない⁽³⁾。また、医療費支払方式とサービス提供側の行動に関する理論的整理は散見される程度で、昨今の急激な医療を取り巻く環境変化に追いつかないというのが現状である。

本研究は、医療費支払方式の整理分類を行うとともに、その問題を考える上で有用な視座を提供することを第一の目的とする。さらに、医療費支払方式の変化によって、病院や医師など医療サービスを提供する側の行動は具体的にどのように変化するのか、サービスの質への影響はどうなっているのかを、米国の実証研究のレビューを通じて明確にすることを第二の目的とする。

但し、本研究は厳密な意味での理論研究ではなく、実証研究の前段階に位置づけられる先行研究の批判的レビューを中心に展開する。無論、米国のモデルは米国固有の医療制度を前提にしており、必ずしも日本にそのまま当てはまるわけではないが、実証主義に基づいた米国の蓄積が日本の医療システムの将来を考える上で参考になるものと考え

2. 日米医療システム比較の視点

2.1. 医師と病院の関係

日本では開業医は別として、病院等の医療機関とそこで医療行為を行なう医師とは通常は雇用関係で結ばれている。

通常、保険の支払いは、全て医療機関に対してなされ、医師個人に対してはなされない。医師への支払いと病院への支払いは明確に区分されておらず、医師への報酬は、他の医療従事者と同じく給与によって支払われている。

一方、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い。通常、医師（開業医）は自分の外来診療室をもち、予約制で外来患者の診療を行う。診療室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（外部の医師が病院を利用し全ての診療を行う権利）を利用できる医療施設に患者を連れて行きそこで治療を行う。尚、一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。

米国の病院は、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。また、医療機能の合理化に対応した支払方式が採用されており、医師への支払いと病院等の医療施設への支払いは明確に区別されている。

2.2. 医療保険制度

まず、日本の医療保険制度の大きな特徴は、国民皆保険制度の実現にある。公的医療保険は年金と同じく強制加入の社会保険である。この医療保険は、大別すると職域保険と地域保険に区分されるが、基本的に加入者が保険の種類や保険者を自分で選択することはできない（原則的には職場や居住地域によって自動的にどの保険に加入するかが決まる）。保険料率や給付内容は保険の種類によって多少異なるが、基本的な部分は法令によって定められている。また、保険間格差是正のための様々な財政調整がなされている。

次に特徴的なことは、保険の種類に関わらず全国統一の診療報酬体系が適用されていることである。診療報酬体系は、政府、医師会等の交渉で個別医療サービスごとに点数（単価）が固定されており、同一行為に対しては、医師の経験、技術やレベル、あるいは病院の特性や所在地に関係なく、ほとんどの場合同一料金が適用される。

一方、米国には全国民を対象とする公的医療保険は存在しない。公的医療保障制度としては、65歳以上の高齢者対象の老人医療保険であるメディケア⁽⁴⁾と低所得者層対象の医療費扶助制度であるメディケイド⁽⁵⁾があるにすぎない。公的医療保障の適用範囲が極度に限定されているため、国民の約八割が何れかの民間医療保険に加入しているのが現状である。そして、民間医療保険の大部分は企業の福利厚生の一環として取扱われ、雇用主が加入費用の全額または一部を負担している。保険の選択の自由が重要視されており、企業が従業員に保険プランを提示する時は、複数の選択肢を提示しなければならない。だが、零細企業や個人経営者の中には、自らの意思もしくは経済的理由で医療保険に加入しない者もあり、米国には無保険者が国民の割以上も存在する。

また、米国には、日本の診療報酬体系のような統一の公定料金体系は存在しない。つまり、医療サービスごとの単価の規制がないので、理論的には医師の経験、技術やレベル、地域などにより同じ行為に対して50ドルでも500ドルでも自由に請求することが可能である。しかし、現実には保険者等の開発した支払体系があり、様々な制限が設けられている。

2.3. 米国の医療保険プラン

米国の医療保障の主流は民間医療保険であり、医療保険プランの種類やタイプも極めて多種多様、かつ複雑である。加入者獲得で競合するため、顧客のニーズに応じて多様に変化し、切磋琢磨される環境におかれている。日本の民間医療保険とも公的医療保険のイメージとも異なるので、以下で説明を加える。本稿では、民間医療保険の個別商品のことを「医療保険プラン」とし、総称としての民間医療保険とは区別する。

米国の医療保険プランは大別すると、出来高払いに基づく伝統的な損失補填型プラン（以下、伝統的プラン）とマネジドケア・プランに分けられる。

伝統的プランとは、民間医療保険の中で最も歴史の長い保険プランであり、民間保険会社及び一部非営利団体によって販売されている。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払いで行われる。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、一般的に保険料は他のプランに対して高い。

一方、マネジドケア・プランとは、「マネジドケア」という考え方にそって開発されたプランのことを意味するが、ここでは、伝統的プランに対して何らかの医療費抑制機能を備えるプランの総称とする。ちなみに、マネジドケアという用語は専門家の間でも未だに統一された定義⁽⁶⁾のない比較的歴史の浅い用語であるが、本稿では「医療の効率化と質の維持・向上の実現のために、医師及び保険者が医療サービスの内容、コスト、アクセスを総合的に管理するシステム」とし、議論を進める。

マネジドケア・プランは、HMO（Health Maintenance Organization）などのマネジドケア組織、及び民間保険会社、一部非営利団体によって販売されている。マネジドケア・プランの多くは、提供したサービスの量やコストに関係なく、登録会員の数に応じて予め決まっている一定額を医師や医療機関等へ支払う方式（人頭払い、詳細は後述）を採用している。また、医師や医療機関に診療ガイドラインを配布したり、クリティカル・パス（入退院管理や看護計画）の導入など、医療の標準化を推進している。

患者側から見ると、保険料は伝統的プランより安く、治療以外の予防、健康相談、健康診断など伝統的プランで通常給付されないようなサービスが給付内容に含まれている。しかし、利用可能な医療機関や医師が一定の供給ネットワーク内に制限されたり、診療内容の適切性を主治医以外の第三者が判断する利用度管理⁽⁷⁾と呼ばれるプロセスや患者の受診行動管理を行うゲートキーパー制⁽⁸⁾の導入によって受診制限が加えられることがある。

マネジドケア・プランは、医療機関や医師への支払方式や、受診制限の度合い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プラン⁽⁹⁾、PPOプラン、POSプランと呼ばれる三つのプラン⁽¹⁰⁾が挙げられるが、現在では、その中間的な商品や複合的な商品も多数誕生しており、プランを明確に区分することが非常に困難になっている。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、マネジドケア・プランの中で最も歴史が古く、かつ単独データが最も入手しやすいHMOプランのみを指すことが少なくない。そのため、本稿でもHMOプランの

記述が中心になっている。尚、HMO プランは、先に述べたマネジドケア・プランの特徴を全て備えている。

3. 医療費支払方式の整理分類

医療費支払方式は、大別すると出来高払い、定額払いに区分できる。代表的なプランと支払方式の対応関係は表 1 を参照されたい。

3.1. 出来高払い

まず、出来高払いとは、実際に提供した医療サービス(医療行為)の量に応じて個別に支払う方式である。

日本の診療報酬体系の基本は出来高払いである。医療サービスを細分化した全国統一の公定料金表に従い、医療機関は提供した医療サービスの項目に対応した点数(1点=10円)を加算し診療報酬を請求する仕組みとなっている。個別医療サービスの料金(単価)は規定されているので、医療機関が、それぞれの行為の料金を自由に設定することはできないが、個々の医療サービスの回数を増やす(過量サービス)というインセンティブがある(例えば、検査の回数を増やす、必要以上に薬剤を出すなど)。

米国は、前述の通り、医師への支払と医療機関への支払は別個になされる。まず、医師の支払方式に採用されている出来高払いには、「適正料金方式」と「協定料金表」に基づくものがある。

適正料金方式とは、慣行料金と一般料金⁽¹¹⁾を過去のデータから計算し、実際の請求料金と比較して3つのうち最も低い料金を合理的料金として支払うものである。しかし、現実には、慣行料金及び一般料金を計算するには膨大な作業が必要なため、最も低いものを合理的とする原則が守られているわけではない。基本的には、各医師の過去の支払実績値が翌年以降の支払金額に影響を与える仕組みになっているので、実績値を上昇させるため1件当たりの請求金額を高く設定する(サービスの量、コストの高いサービスを提供する)という過量、及び過剰サービスのインセンティブが生じる。この方式では、同じ診療を受けた場合でも、診療した医師の素質等により料金が異なる。

協定料金表を用いる方式とは、医師の提供する様々な医療サービス間に相対尺度を設けて換算単価を乗じて、医療サービスごとの単価を決定するものである。一件当たりの

医療サービスを極大化するインセンティブはなくなるが、高価なサービスを提供すればする程利益が上がる構造であることに変わりはないため、過剰サービスのインセンティブがある。

なお、公的保険であるメディケアは、医師の専門分野間における支払料金のばらつきなどを調整したRVS⁽¹²⁾と呼ばれる協定料金表を用いる支払方式を採用している。

一方、病院に対する出来高払いには、「適正費用方式」が採用されている。適正費用方式の本質は適正料金方式と同じで、より多くの医療資源を消費すればするほど(過量サービス)、大型の高価な設備を購入すればするほど(過剰サービス)、次年度以降の支払金額が大きくなるインセンティブを保有する仕組みである。

3.2. 定額払い

定額払いは、出来高払いと異なり、実際に提供した医療サービスの量に関わらず、様々な医療サービスを包括して支払う方式である。定額払いではなく、包括払いということもある。一般的に、定額払いは、定型的な評価が比較的容易な医療サービスの支払方式として採用される。日本では、急性期を過ぎた病状安定期、特に老人医療等において部分的に採用されている。米国では、1980年代以降、主に病院に対する支払方式として採用されている。

定額払いは、1日当たり、1件当たり、登録者数当たりなどの定額化の単位⁽¹³⁾によって、さらに細分化できる。

1日当たり定額払いの場合、1日当たりの医療費を固定化するため、1日当たりの医療サービスを極大化するインセンティブは働かない。しかし、入院日数を長期化すればする程利益が上がる支払方式であるため、入院日数を長期化させるインセンティブが働く。

1件当たり(例えば一回の入院期間ごと)定額払いの場合、入院日数、薬剤、検査の内容とは関係なく支払額が決定するため、過量及び、過剰サービスのインセンティブが抑制される。米国の場合、疾病や手術など診断群(DRG)⁽¹⁴⁾別に1件当たりで予め定められた料金を支払う方式(PPS)が病院への支払方式として採用されており、これをDRG/PPSと呼ぶ。

この方式は、そもそも病院医療費抑制策としてメディケアの入院医療費で1983年に初めて導入された方式である

が、現在では多少の修正が加えられて、民間保険のプランでも利用されるようになっている。この方式の下では、実際にかかった費用・コストに関わりなく、診断群（DRG）別に決められた1件当たり料金が、各病院に支払われる。効率が悪く、コストが高い病院にはペナルティが課せられ、効率の良い病院が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、入院件数の増加と、設定料金の高いDRGコードを付与（アップ・コーディング）することなどで支払金額を大きくするという抜け道が残っている。

また、登録者数を単位とした定額払いを人頭払いという。利用者は予め自分の利用する医師や病院に登録し、医師や病院は、その登録患者数によって定まった額の診療報酬を、実際の医療サービスの提供とは関係なく、事前に受け取る方式である。

登録患者1人当たりの年間医療費の料金を定額化しているため、1日当たり医療費、1件当たり医療費の極大化、及び件数の増加、日数の増加をするインセンティブは全く働かない。財政リスクが、保険者から医療サービスの提供側に転換されており、効率的な医療を行うことが、収入上昇につながるということが特徴である。

しかし、逆に必要度を下回るのサービスを実施するという過少サービスのインセンティブが生じる。日本ではこの方式は採用されていないが、米国では、HMOプランなど複数のマネジドケア・プランにおいて採用されている。

医師への支払方式としては、以上に挙げた他にも、月給方式が挙げられる。日本の勤務医もこの方式に分類することも可能であるが、医師の支払い方式と病院の支払い方式を明確に区別しない日本の診療報酬体系では曖昧である。

米国ではHMOプランを提供するHMOと医療提供者である医師や病院が同一組織の場合などに、この方式が採用されている。この方式では、患者数、訪問数、時間はHMOによって規定されているため、医師の診療行動に対して特別なインセンティブは働かない。しかし、組織としてのインセンティブは別に存在する。また、HMOプランと契約するプライマリケア医の中には、通常の月給に加えて、ボーナスという形で付加的な経済インセンティブを保険者から受け取っているものもある⁽¹⁵⁾。ボーナスは、委託基金に

おける余剰金の合計や予め定められた利用度や質の基準などによって、年末にまとめて支払われることが多い。査定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（専門医への紹介、X線、検査等）、患者の満足度等がある。プライマリケア医は、予算や基準に合わなければ、ボーナスが減額ないしは支給されないという経済リスクを背負うことになる⁽¹⁶⁾。

4. 米国実証研究の考察

医療費支払方式の変化とその影響

4.1. 医師の診療行動に与えた影響

医療保険プランの採用する支払方式によって、医師の診療行動とコストがどのように異なるのか実証研究レビューを通して検討した。その結果、出来高払いで支払われる医師よりもマネジドケア・プランと契約して人頭払いで支払われる医師の、1) 検査実施回数や入院治療の実施割合は少ない、2) 提供する医療サービスのコストは低い、という傾向が観察された。

例えば、Epstein等(1986:1089-94)は、合併症を伴わない高血圧患者を対象に出来高払い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い、出来高払い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等(1992:252-61)も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て検査の実施状況に関する分析を行い、Epsteinと同様の結果を導いている。さらに、彼は、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、臨床的にも統計的にも有意な差が認められなかったことを報告している。

また、Hillman等(1989:86-92)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出来高払い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。

さらに、実際の入院治療で費やされたコストに関しても、Stern 等(1989 : 1185-88)によると、人頭払いの方が出来高払いよりも総費用で4%低いという(性別、年齢別、DRG コード、重症度を調整済)。

また、Debrok と Arnould(1992 : 31-53)は、医師への支払いが月給や人頭払いによってなされる場合は、出来高払いに比べて一般的に医療サービスの利用が減少する傾向を示した。さらに、医師に対するボーナスの付与が1000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、人頭払いや出来高払い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。

それに対して、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、出来高払い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。彼は、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。

Miller と Luft (1994 : 1512-19) は、1980年以降の実証研究のメタ分析を通じて、出来高払いの伝統的プランと比べると、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している。

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。人頭払いを採用するマネジドケア・プランにおける医療資源の投入量の少なさは、出来高払いを採用する伝統的プランに比べて、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⁽¹⁷⁾や、患者のケース・ミックス⁽¹⁸⁾の調整を十分に行っている実証研究が少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⁽¹⁹⁾をはじめ、分析対象を同一疾病患者に限定したり、あるいは重症度などの変数コントロールをするなどが研究者によって少なからずなされている。

また、Hlatky 等(1994)のように、医師の診療設定別に同一患者の症例に対する検査の必要性の評価など興味深いアプローチもとられている。無論、批判を謙虚に受け止め、さらに洗練されたケース・ミックスの調整技術を開発することは研究者の課題である。

しかし、同様に重要なのは、医療サービスの利用度の少なさが、医療の効率化によって不必要なものを切り捨てた結果なのか、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である。

質に関しては、後述するとして、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ほとんどなされていない。

また、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)、HMOのタイプ⁽²⁰⁾(病院や医師と一体組織なのか、そうでないのかなど)、付加的な経済インセンティブの有無(ボーナス等)等によって多種多様であり、人頭払い Vs 出来高払いという単純な構図ではもはやなくなってきている。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師の行動を決定づけるのかを、さらに細分化して検討する必要があると考える。

4.2. 病院に対する影響

医療費支払方式は、医師だけでなく、病院にとっても大きな影響力を持つものである。どのような診療行為を患者

に行うかに関する決定権は基本的には医師にあるため、病院は診療行為の内容や利用度を直接左右することはできない。故に、医療費支払方式の変化は個別の病院のサービス利用に対する影響よりも、むしろ病院市場や病院の組織構造に大きな影響を与えたと考えられる。ここでは、まず病院を取り巻く環境の変化を論じた後、幾つかの視点から病院に対する影響を考察する。

4.2.1. 病院を取り巻く環境

1970年代から1980年代初期までは、伝統的プランが優勢で医療費支払方式も出来高払いが主流であった。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⁽²¹⁾。

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⁽²²⁾で一般的に推測されるものとは合致しない。つまり、出来高払い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⁽²³⁾。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変化していった。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「選択的契約」が認められた。この選択的契約はサービスの利用できる病院等を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、マネジドケアの普及とともに、より一般的なものになっていった。1980年半ば以降、HMOプランやPPOプランは急速に普及し、1990年代以降は伝統的プランとシェアが逆転するほど台頭するようになった。

4.2.2. 市場の構造変化

1980年代後半以降、病院間の競争は医療費の抑制というよりは、むしろ高騰に貢献してきたという見解と異なりカリフォルニアの病院間競争は、医療費抑制効果を持つという研究報告が少しずつ現れ始めた⁽²⁴⁾。

Robinson (1988 : 465-81) は、1982年までは先行研究と同じく、カリフォルニアにおいても競争的な市場にある病院のコストは、非競争的な市場にある病院に比べて13.3%高かったのが、1986年には競争者数とコストのレベルに顕著な差が見られなくなったことを報告した。しかし、全米全体では、その差は減少しつつあるが非競争的な市場より競争的市場の方が依然としてコストが23%高いことを示した。この結果から、マネジドケア・プランの普及が最も早くカリフォルニアでは、市場構造の変化が先行していると結論づけている。

さらに、彼は分析対象年数(1982~88年)を拡大し、298のカリフォルニアの病院を分析し⁽²⁵⁾、この6年の間にHMOプランの普及率が10%増加したことによって、医療機関の入院1件当たりコストは、普及率の低い市場よりも9.4%低くなったことを示した。1988年には、HMOプランの普及によりこれらの病院の節約は1040億ドルになると推計している(普及がない場合より平均の入院コストが483ドル低くなることを意味する)。また、病院の市場競争が激しい地域ほど、マネジドケア・プランの普及の影響が最も大きかったことを示した。さらに、彼は時期をずらして同様の分析を行い(1996 : 1060-64)、マネジドケアが高度に普及した地域では医療費が抑えられていることを再確認した。

Zwanziger と Melnick(1988 : 301-20)は、カリフォルニアにおける競争市場の構造をDRG/PPSの導入、及び「選択的契約」導入の前後で比較検討した結果、導入前の1980-82年では、競争激戦区の病院の年間平均コスト増加率(総外来費、総入院費/退院数、入院費用/1日)は、非激戦区の病院よりも概して高いことを再確認した。一方、1982年以降では競争激戦区の病院は、非激戦区の病院に比較して、年間平均コスト増加率(入院費用/退院数、入院費用/1日、総費用、総入院費用)が緩やかになったことを確認した。さらに、DRG/PPSの導入の影響を調整しても、競争激戦区の病院は、非激戦区の病院に比べて3.53%低いという結果を導いた。

この結果は、「選択的契約」導入によって、サービス、アメニティー、質だけではなく価格も競争の重要な構成要素になったことを示唆している。さらに、同じデータを用い

た別のアプローチの分析結果⁽²⁶⁾、及び対象年数を90年までに拡大した分析結果⁽²⁷⁾においても1982年の前後でコスト成長スピードが変化し、価格競争の激しい市場の変化が改めて確認された。

以上のように、出来高払いでは病院はコストを気にせず、質やアメニティーで競争していたのが、DRG/PPSや人頭払いなどの定額払いの導入、「選択的契約」の導入など、マネジドケアが市場に浸透するにつれて、コストを意識して競争をせざるえなくなったものと考えられる。マネジドケア・プランの保険者と契約しなくても患者を十分確保できる病院はともかく、そうでない病院にとって、コストが高いことは、保険者から敬遠される要因になりかねない。

このような保険者と病院の契約交渉に着目して、Melnick等(1992:217-33)は、実証研究を行い、1)保険者が、被保険者に提供する病院のネットワークを自由に変更できる立場にあれば、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保険者に大きなディスカウントを与えること、3)反対に、保険者が多くの被保険者のケアを同一の病院に依存している場合、病院に譲歩して、より高い価格で同意するというを示した。

この結果から、激戦区ほど保険者はより多くの交渉相手がいるため、より優位な交渉を進めることができると類推することが可能である。その後、彼は、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を分析し、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を確認した。

では、コスト抑制は具体的にはどのようにして達成されたのであろうか。

Zwanziger等(1994:153-62)は、1982-88年のカリフォルニアにある400の病院のサービスを8つのカテゴリー別に分析し、外来以外の全領域においてコストが減少したことを発見した。特別なサービスのみを削減するというより、ほとんど全てのサービスのカテゴリーにおいて節減を実施することによって総費用を抑えていることを示した。

さらに、彼は、カリフォルニアの病院は、1)入院治療から外来治療へのシフト⁽²⁸⁾、2)平均滞在日数の短縮、3)

サービス過多の是正によって、1975~82年においては全米平均より高かった病院費用の増加率を1982~90年では平均以下に抑制したことを示し、医療機関はケアの提供態様を根本的に変えたと結論づけている⁽²⁹⁾。

4.2.3. 組織の構造変化

DRG/PPSの導入を始め定額払いが病院の支払方式に導入され、コスト抑制が求められる中で、1980年代半ば以降、病院の入院部門収益は特に減収した。

総人口は、高齢化人口と同じく増加しているが、コミュニティー病院の入院患者数は1980年の3600万人から、1995年の3100万人へと減少している。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報告もある⁽³⁰⁾。

まず、病院は収益を確保するために医師グループとより強い関係を築こうとした。例えば、紹介率を増やす手段として、専属化を図るなど医師を組織傘下におこうとした。しかし、支払方式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。

そこで、病院は入院部門の収益減収を埋める新しい収入源として、在宅ケアやナーシングホーム、リハビリセンターなどの代替サービスに注目し、それらを経営傘下に入れるべく、垂直統合型の系列化を試み始めた。垂直統合に成功すれば、患者を短期間で退院させても、在宅ケアやナーシングホームなど他の場所に治療の設定を移すことによって、病院は追加的な支払を受けることが可能になる。

しかし、全ての病院がそれに成功したわけではない。多くの病院が模索したにも関わらず成功例は非常に少ない。

また、病院による強い管理を好まない医師も多く、病院とは独立した関係の医療専門職グループも現れた。このグループは特定の病院や他の医療施設と契約をせず、自立型グループ運営を行っている⁽³¹⁾。

4.3. 医療の質

ここまで医療費支払方式の変化と医師の診療行動の関係、及び病院を取り巻く環境変化、及び構造変化を中心に考察を加えてきた。その中で、1)医師、及び病院の双方にコスト抑制のインセンティブが働くようになってきたこと、

2) 実際に医療費の伸びが抑制されていることを述べてきた。

それが医療費の適正化、効率化の進んだ結果なのか、あるいは質を切り捨てた過少医療の結果なのかを検討する。

4.3.1. 質（アウトカム）に与える影響

医療費支払方式が与える医療の質⁽³²⁾への影響を把握するために、数多くの実証研究がなされている。

例えば、Ware（1986：1017-22）は、加入者全体を見る限り、マネジドケア・プランと伝統的プランの間で質の差は見られないことを無作為割当による実験的な研究結果より導き出した。さらに、ボストン、シカゴ、ロスアンゼルスで行われた大規模な観察調査研究⁽³³⁾でも、平均的な患者にとって、身体および心身の健康状態（治療結果）はHMOプランも伝統的な出来高払いのプランにおいても変わらないことが示された。

また、Greenfield 等(1995：1436-44)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、Miller と Luft(1997：7-25)は、先行研究のレビューを通して、医療サービスの利用可能性、提供プロセス、治療結果、医師の応答ということに関する限り、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は出ていない⁽³⁴⁾。

4.3.2. 質の維持・向上に向けた動き

前述の通り、マネジドケア・プランの質が伝統的プランに比べて悪いとも、良いとも実証研究レビューを通して結論づけることは現段階では難しい。

一方で、1990年代以降、新聞やテレビの報道では、急速に普及したマネジドケア・プランに対する社会的な批判が多く見られるようになった⁽³⁵⁾。それは、高度医療への支払が拒否される、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）に関するものがほとんどである。これは、一部の組織犯罪的な行為、ないしは質の切り捨てによる徹底したコスト抑制の結果、もしくは行過ぎた利用度審査など様々な要因が考えられるが、このような社会的批判の高まりに対しプラン提供側のマネジドケア組織に対する法規制の強化が図られるようになってきた。

そのような中、マネジドケア組織は、医療サービスの質の維持・向上に向けて、人員配置や環境整備といった「構造」だけではなく、医療サービスの標準化、科学的根拠に基いた医療（EBM）の推進、クリティカル・パス（入退院管理や看護の標準化）の導入といったサービス提供の「プロセス」、そして患者の満足度調査、脱退者調査の実施など「アウトカム」の見直し・改善に力を注ぐようになった。

また、1991年には、マネジドケア組織のパフォーマンスを客観的に評価するNCQA（全米品質保証委員会）という第三者評価・認定機関が設立された⁽³⁶⁾。NCQAの認定は任意のものであるが、現在では、全HMOプラン加入者の3/4をカバーする全米で約半数にあたる三百以上のHMOが認定を受けている。NCQAは、保険購入者が適切なプランを選択できるようHMOプランやPOSプランの質やパフォーマンスを評価・認定し、その情報を広く一般に公開している⁽³⁷⁾。

5. 最後に

これまでマネジドケア・プランの普及に伴う米国の医療費支払方式の変化と医療システムに与えた影響について様々な角度から言及してきたが、以上で得られた知見を踏まえて、今後の日本の医療費支払方式（診療報酬体系の改革）に対する展望を述べたい。

日本の医療保険制度の一番大きな特徴は国民皆保険制度にあり、全国民がその加入保険にかかわりなく、統一の診療報酬体系が適用されていることである。これは、サービスの受給側から見ると、全国どこの病院でも誰もが自由にアクセスができ、しかも同一疾病の治療に対しては基本的には同一の料金が適応されることを意味する。このことは、複雑な支払方式が多数存在する米国に比べて被保険者間の

差別的取り扱いが防止され、かつ保険者及び病院等の事務負担が大幅に軽減されるというメリットがある。

しかし、サービスの提供側から見ると、現行の診療報酬体系は、医師の技術水準の差異、医療施設の設備環境、診療内容の適否や深淺等、医療サービス提供側の資質とは無関係に一律料金が設定されているおり⁽³⁸⁾、サービス提供者に向上心を持たせるインセンティブに欠けるものである。また、患者にとって不必要なサービスを提供しても、出来高払いで報酬が保障されているため、効率化のインセンティブも働かない。

こうした意味で、現行の制度は、必ずしも良質なサービスを効率的に提供すべく日々努力する医療サービス提供者が報われるシステムとはなっていない。以上より、医療の効率化とともに、質の向上へ向けて努力する医療サービス提供者が報われるような新しい診療報酬体系の確立が重要であると考ええる。

まず、医療の効率化のために、現行の出来高払い中心の診療報酬体系を改正し、医療機能と特性に応じた支払方式を採用することが不可欠である。定額払いの導入は、出来高払いのもつ過剰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ことは米国の事例から明確である。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、定額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、クリティカル・パスなど医療の標準化を推進することで、定額払いの導入を図ることが可能であると考ええる。現在、医療福祉審議会等で提案されている「急性疾患は出来高払い」「慢性疾患は定額払い」というのには基本的に賛成であるが、まず医療施設のもつ医療機能の合理化を同時に進めなければならないだろう。

また定額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。故に、定額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と考える。その指標を活用することで、ベンチマーキング⁽³⁹⁾手法を医療の世界にも取り入れることが可能になるだろう⁽⁴⁰⁾。ベンチマーク分析の結果、パフォーマンスの悪い医療機関を、一定期間に限り保険適用外又は保険医療機関の登録抹消にすると、逆にパフォーマンスの良い医療機関には税制上優遇するなど質の向上に向けたインセンティブを付与するの一案である。

さらに、医療の質ないしはパフォーマンスの評価は、出来高払いの場合でも不正請求防止のためのレセプト審査の徹底強化と同様に重要である。ここでも指標に基づきベンチマーク分析を行い、その結果、提供する医療の質及びパフォーマンスの結果が劣悪な医療機関に対しては、現行の診療報酬点数 1 点 10 円を制裁として一定期間 1 点 9 円にすることも考えられる。

このような医療における質やパフォーマンスの評価を可能にするには、客観的で信頼性のあるシステムの確立が求められる。米国では支払方式だけではなく、医療の質ないしはパフォーマンス評価のための指標も、保険者だけでなく大学や研究機関等が協働で開発しており、科学化が進んでいる。日本版 DRG が昨年からは日本の国立医療機関で一部実験的に導入されたが、その原型はそもそも米国のエール大学で医療機関の経営効率を測定するために生まれたものである。医療の質及びパフォーマンスの評価指標としては、NCQA の HEDIS が複数研究機関等の協力を得て開発されている。

今後、我が国における医療費支払方式及び評価システムの科学化とこの領域の研究の発展を期待したい。

<注>

(1)1983 年にメディケアの病院費用の支払方式として DRG/PPS と呼ばれる診断群別包括支払方式が導入され、1989 年医師への支払方式として RVS 方式が導入された。

詳細は後述。

(2)厳密には、医療機関等への医療費支払方式（診療報酬）、患者の自己負担料金の支払方式、被保険者の保険料支払方式という3つの次元の医療費支払方式があるが、本稿では、医療機関等への医療費支払方式の問題を中心に議論する。

(3)これは、日本の現行の診療報酬体系において、支払方式別に医療機関の行動の比較分析を行うことが不可能ないしは非常に困難であるためと考える。こうした事情から米国の実証研究レビューを中心に研究を進めた。

(4)原則は65歳以上であるが、腎透析患者又は一般障害者に限り65歳未満でも援助する。

(5)メディケイドは、メディケアと同時に1965年の社会保障法改正によって制度化され、現在、アリゾナを除くアメリカの全州で実施されている。運営は連邦のガイドラインのもとで各州がおこなっており、制度の内容は州によって異なる。

(6)マネジドケアの定義に関しては西田（1999）参照

(7)利用度管理とは、Utilization Managementの邦訳である。医師の診療内容の妥当性をチェックしたり、医療サービス利用の必要性を審査するなど診療内容全般にわたって管理を行うことから、診療内容管理と訳されることもある。

(8)加入者は、HMOの提示するプライマリケア担当医リストから自分のかかりつけ医（主治医）を1名選択する。救命医療を除いて、加入者（患者）が診察を受けるときは、まず最初に主治医のところへ行かなければならない。専門医の治療や入院はこの主治医の許可がなければならない。このような仕組みをゲートキーパー制という。

(9)HMOプランは、元来HMOと呼ばれる組織が提供していたが、現在ではHMO以外でもHMOプランを提供するため、本稿では、HMOプランを専門に取り扱っている組織をHMOとし、保険の商品であるHMOプランと区別した。PPO、POSに関しても同様である。

(10)各プランの詳細については西田（1999）参照。

(11)通常、慣行料金は、各医療圏、個別医師、個々の医療サービスごとに統計的手法を用いて決定される。一般料金は、こうして計算された個別医師の慣行料金を低い方から並べ、その75%に当たる料金として設定される。

(12)RVSは、1989年にメディケアにおける医師への支払方

式（医師の技術料）に導入された。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医療サービスの相対指数に準拠する公定料金表を適用する支払方式である。

(13)他に年間当たりの定額払いもある。一般的には稀なことであるが、出来高払いでも、診療行為の単価が定められている場合は、診療行為単位の定額払いと見なすことも分類上可能である。

(14)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(Coding)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ものである。

(15)医師へのボーナス支払に関しては Hillman（1987）、Gold, et al.（1995）が詳しい。

(16)Appleby（1995：26-34）参照

(17)Lichtenstein et al（1992：329-46）、Riley et al（1996：65-76）等

(18)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。

(19)この研究では個人が3つのグループ（一つはHMO（HMO実験群）、二つは出来高払い（一つは無料、一つは共同支払いが必要））の1つにランダムに割り当てられた。Manning, et al.（1984：1505-10）参照。

(20)HMOは、その組織の形態によって、スタッフ、グループ、IPAといった分類がされる。詳細は、印南（1988）、西田（1999）参照。

(21)Joskow（1980：421-447）；Wilson and Jadlow（1982）；Luft and Maerki（1984-85：89-102）、Farley（1985）、Robinson and Luft（1985：353-57；1987：3241-45）；Luft et al.（1986：83-94）等

(22)通常の経済理論では、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。

(23)Held, Philip and Pauly（1983:95-118）；Robinson and Luft（1985:333-57）；Robinson（1988:465-481）

(24)Robinson and Luft（1988：2676-2681）、Melnick et al.（1988：2669-75）など

- (25)Robinson (1991 : 2719-23)
- (26)Melnick and Zwanziger (1988-2:2669-75)
- (27)Zwanziger et al (1994fall:1153-62)
- (28)実際、外来治療は 1985 年から 1998 年の間に 89%も増加している。外来の増加は、各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、保険者の利用審査においてよりコストのかからない入院を必要としない外来手術の可能性を示唆されたこと、外来ケアにシフトさせる経済インセンティブが働いたこと、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などが関係すると思われる。
- (29)Zwanziger et al(1994 : 118-126)
- (30)Feldstein (1998)
- (31)Robinson(1997:3-24); Conrad et al.(1988:49-100)など
- (32)医療の質は、「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)によって評価ができると考えられているが、医療費支払方式との関係では「アウトカム」によって評価される質に関心が集中しており、ここでも「アウトカム」としての医療の質を中心に議論している。
- (33)Ware J et al. (1996:1039-1047)
- (34)Hellinger(1998:833-841)
- (35)マネジドケアを告発するホームページまで存在する (<http://www.his.com>)
- (36)この他にも JCAHO という医療機関専門の機能評価を行う組織がある。
- (37)評価には HEDIS という評価指標を用いる。認定は、HEDIS の結果と、認定基準の合計得点によってなされる。NCQA ホームページ参照 (<http://www.ncqa.com>)。最近では、マスコミも NCQA の評価結果をもとに、全米ランキングを発表している。
- (38)現行の診療報酬体系は、開業医の診療所を対象として急性疾患が疾病構造の中心であった時代にできた制度であり、医療機関の機能や特性、疾病特性に応じた評価がなされていない。また、いわゆる原価に基いたものではない。
- (39)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。

(40)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。

<引用文献>

- Appleby, C. 1995, The measure of Medical Services *Hospital and Health Networks*, 69, 26-34
- Conrad et al., 1988, Vertical Structures and Control in Health Care markets: A Conceptual Framework and Review, *Medical Care Review*, 45(1), 49-100
- Debrock and Arnould, 1992, Utilization Control in HMOs, *Quarterly Review of Economics and Finance*, 32(3), 31-53
- Epstein, et al, 1986, The Use of Ambulatory Testing in Prepaid and Fee-For-Service Group Practices, *The New England Journal of Medicine*, 314(17), 1089-1094
- Farley, D.E, 1985, *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
- Feldstein, P.J, 1998, The Physician Services Market, *Health Care Economics fifth edition*, 205-234
- Gold, et al., 1995, Behind the Curve: A Critical Assessment of How little is Known about Arrangements between Managed Care Plans and Physicians, *Medical Care Research and Review*, 52, 307-341
- 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*, 274(18), 1436-1444
- Held, Philip and M Pauly, 1983, Competition and efficiency in the end stage renal disease program, *Journal of Health Economics*, 2(2), 95-118
- Hellinger F, 1998, The Effect of Managed Care on Quality, *Arch Intern Med*, 158(8), 833-841
- Hillman et al, 1989, How do Financial Incentives Affect Physicians' Clinical Decisions and Effect Financial
- ppsaj/2000-01-026

- Performance of Health Maintenance Organizations?, *The New England Journal of Medicine*, 321(2), 86-92
- Hillman, A.L., 1987, Financial Incentives for Physicians in HMOs, *The New England Journal of Medicine*, 317(27), 1743-1748
- Hlatky et al, 1993, Diagnostic Test Use in Different Practice settings: A control comparison, *Archives of Internal Medicine*, 143, 1886-1889
- Joskow, P.J., 1980, The Effects of Competition and Regulation on Hospital Bed Supply and the Reservation Quality of the Hospital, *Bell Journal of Economics*, 11(2), 421-447
- Lichtenstein R et al, 1992, HMO Marketing and Selection bias, *Medical Care*, 30(4), 329-346
- Luft and Maerk, 1984-85, Competitive Potential of Hospitals and their Neighbors, *Contemporary Policy Issues*, 3, 89-102
- Luft et al., 1986, The Role of Specialized Clinical Services in Competition among Hospitals, *Inquiry*, 23, 83-94
- Manning, et al., 1984, A Controller Trial of the Effect of a Prepaid group Practice on Use of Services, *The New England Journal of Medicine* 310(23), 1505-1510
- Melnick and Zwanziger, 1988, Hospital Behavior under Competition and Cost Containment Policies, *JAMA*, 260(18), 2669-2675
- Melnick et al., 1992, The Effects of Market Structure and Bargaining Position on Hospital prices, *Journal of Health Economics*, 11(3), 217-33
- Miller and Luft, 1994, Managed Care Plan Performance since 1980, *JAMA*, 271(19), 1512-19
- Miller and Luft, 1997, Does Managed Care Lead to Better or Worse Quality of Care?, *Health Affairs*, 16(5), 7-25
- Murry et al, 1992, Ambulatory testing for Capitation and Fee-for-service Patients: Relationships to Outcomes, *Medical Care Research and Review*, 30, 252-261
- Riley G et al, 1996, Health Status of Medicare Enrollees in HMOs and Fee-for-Service in 1994, *Health Care Financing Review*, 17(4), 65-76
- Ritzwoller, D. P., 1998, *Issues in Managed Care*. A Bell & Howell Company, Michigan
- Robinson and Luft, 1985, The Impact of Hospital Market Structure on Patient Volume, Average Length of Stay, and Cost of Care, *Journal of Health Economics*, 4(4), 333-57
- Robinson and Luft, 1987, Competition and the Cost of Hospital Care: 1972-1982, *JAMA*, 257(23), 3241-3245
- Robinson and Luft, 1988, Competition and the Cost of Hospital Care: 1982-1986, *JAMA*, 260(18), 2675-2681
- Robinson, J., 1988, Hospital Quality Competition and the Economics of Imperfect Information, *The Milbank Quarterly*, 66(3), 465-481
- Robinson J, 1991, HMO Market Penetration and Hospital Cost Inflation in California, *JAMA*, 266(19), 2719-2723
- Robinson J, 1997, Physician-Hospital Integration and the Economic Theory of the Firm, *Medical Care Research and Review*, 54(1), 3-24
- Stern R et al, 1989, A Comparison of Length of Stay and Costs for Health Maintenance Organization and Fee-for-Service Patients, *Arch Inter Med*, 149, 1185-1188
- Ware J, 1986, Comparison of Health Outcomes at a health Maintenance Organization with those of fee-for-service care, *Lancet*, 3-May, 1017-1022
- Ware J et al., 1996, Differences in 4-year Health Outcomes for Elderly and Poor, Chronically patients Treated in HMO and Fee-for-Service Systems, *JAMA*, 276(13), 1039-1047
- Wilson and Jadlow, 1982, Competition, Profit Incentives and Technical Efficiency in the Provision of Nuclear Medicine Services, *Bell Journal of Economics*, 13
- Zwanziger and Melnick, 1988, The Effects of Hospital Competition and the Medicare PPS Program on Hospital Cost Behavior in California, *Journal of Health Economics*, 7(4), 301-20
- Zwanziger et al., 1994, Costs and Price Competition in California Hospitals, 1980-90, *Health Affairs*, Fall, 118-126
- Zwanziger et al., 1994, How Hospitals Practice Cost Containment with Selective Contracting and the Medicare Prospective Payment System, *Medical Care*, 32(11), 153-162
- 印南一路, 1988, 『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

協会

印南一路,1992,『日米の医療費の支払方式』日本製薬工業

西田在賢,1999,『マネジドケア医療革命』日本経済新聞社

表1：医療費支払方式の分類と特徴

	<主要支払方式>	メ デ ィ ケ ア	メ デ ィ ケ イ ド	伝 統 的 な プ ラ ン	H M O	P P O	P O S	定額化 単位	料金 決定 時期	支払 時期	インセンティブ
病 院 の 支 払	適正費用方式					1	1	なし 2	事後	事後	過剰・過量サービス
	一日定額制							1日	事前	事後	過剰サービス (入院日数増加)
	DRG/PPS							1件：DRG 別 (入院期 間)	事前	事後	過少サービス (アップコード)
	人頭払い							登録者	事前	事前	過少サービス
医 師 へ の 支 払	適正料金方式					1	1	なし 2	事後	事後	過剰・過量サービス
	協定料金表							個別 診療行為 2	事前	事後	過量サービス
	RVS							個別 診療行為 2	事前	事後	やや過量サービス
	人頭払い							登録者	事前	事前	過少サービス
	給与							なし	事前	事後	やや過少サービス
日本の診療報酬体系								個別 診療行為 2	事前	事後	過量サービス

1 通常、保険者との交渉で割引がおこなわれる。 2 一般的に出来高払いに分類される。

Abstract

Manami Hori

There have been many empirical studies which focus on reimbursement systems of health care insurance. However, most of them adopt macro economic approach but micro especially in Japan. Little of published research examines the behavior of health care providers such as hospitals and doctors and service purchasers in Japan.

This paper mainly examines the effect of penetration of Managed Care and the changes of reimbursement systems since 1980s in the U.S. through systematic review of earlier researches.