

マイケル・ポーター「On Competition」

- 3 健康保険事業における競争

(レジメ作成 川村真文)

ヘルスケアにおける競争の何が悪いのか	2
支払者のインセンティブは支払者を患者と提供者の敵にする。	3
患者のインセンティブはコスト意識を失わせる	4
ばらばらの顧客は交渉力を有さない	4
供給者、患者及び支払者は情報を欠く	5
提供者のインセンティブはコストを増大させる	6
病院及び外来患者施設：払戻しを最大化するインセンティブ	6
医師：サービスを増加するインセンティブ	7
医師：高いサービスを推薦するインセンティブ	8
医師：報酬増加のインセンティブ	8
医師：防御的医療を実践するインセンティブ	9
提供者のインセンティブは過剰投資を促進する	10
撤退障害は標準以下の支払者と提供者を守る	10
ばらばらな解決は兆候のみを扱う	12
コスト削減についての近時の進展は十分ではない	13
改革はヘルスケアにおける競争を治癒し得る。	13
生産性競争へのインセンティブ	14
経済効率のための保険範囲	15
意味ある選択のための情報	15
ダイナミックな改善へのイノベーション	16

米国の健康保険改革は経済現実と衝突する。ほとんどの提案は浪費と非効率の削減により**1回限りのコスト節約**を産み出すことに焦点を置く。今日の政治的議論の中心的問題はこれらの節約が全国的適用の追加コストに十分見合うかである。しかし、改革者が米国健康保険への継続的対応の達成に真剣であれば、これは間違った質問である。

正しい質問で、健康保険議論に欠けているものは、**いかに長年にわたり、抜本的かつ継続的コスト削減を達成するか**である。病気予防/治療への全く新しいアプローチ、サービスを提供する新たな方法及びよりコスト効率的な施設を育むのは何か。

答えは、ビジネスが過去 20 年にわたり競争の必要について学んだ強力な教訓に存在する。産業において、基本となる力学・・・競争は、顧客に増大する価値を供与することを強制する・・・は同じである。継続的質改善とコスト削減の原動力はイノベーションである。健康保険においてイノベーションを支えるインセンティブがなければ、短期のコスト節約はすぐにアクセス拡大の希望、高齢者の増大する健康ニーズ、及び利用できる最高の治療以外を受け入れないことに押しつぶされる。必然的に、イノベーション促進の失敗は低い品質かケアの制限・・・2つの好ましくない結論・・・に導く。

ヘルスケア改革に関する議論の基礎にある、**誤った仮定は技術は敵**というものである。技術がコストを引き上げるという仮定により、改革者はイノベーションの重要性を無視し、そのペースを遅らせようとする。実際、厳しい競争によるイノベーションは改革成功への鍵である。ヘルスケアはいくつかの面でユニークであるが、この関係において、他の産業と異なる。米国は、ヘルスケアシステムの全てのレベルにおいて競争を機能させることによってのみ、質を犠牲にすることなく、全国的アクセスとより低いコストを達成し得る。

ヘルスケアにおける競争の何が悪いのか

米国では、他の産業国より多くのヘルスケア競争が存在する。改革者を困惑させる難題は、**競争は品質改善イノベーションの創造に大きく成功したが、コストにおいて失敗した**。より緊密な観察は、競争が失敗するのではなく、**システムにおけるインセンティブがあまりに歪められたため競争の通常のルールが妥当しない**ことを示す。過剰能力がある時でも価格は高いままである。技術は、広範に用いられても、高価であり続ける。病院と医師は、同じ質に対してより高い価格を請求し、又は高品質のサービスを提供できなくても、ビジネスにとどまる。最近まで、インセンティブは、コストを上げ又はコストに関係なく質を増加させるイノベーションのためにのみ存在した。

成功する改革は、**現在のシステムがいかに非生産的競争へのインセンティブを産み出すか**の明確な理解から始まるべきである。

支払者のインセンティブは支払者を患者と提供者の敵にする。

ほとんどの産業において、顧客は購入を選択し製品／サービスへの支払をする。ヘルスケアにおいては、購入判断、支払及びサービスの受領は切り離される。その結果、**多くの層の顧客**・・・従業員のために健康保険を購入する**雇用者**、**プレミアムを集めその加入者に提供されたサービスに対し提供者に支払をする保険会社や健康維持組織（HMO）等の第3支払者**、究極的にヘルスケアサービスを受ける患者、及び患者への治験に基づき判断／アドバイスを行う**医師**・・・が存在する。

これらの顧客は異なる利益を有する。**雇用者**は、従業員をとどめ契約的義務を満たすのに十分な**保険を提供しながら、支払プレミアムを最低にすることに関心がある**。**第3支払者**は、**プレミアムにおいて受け取るよりも、患者ケアへの支出を低くすることに関心がある**。保険がかけられた**患者**はコストに関係なく**最高のケアを見つけることに関心がある**。そして、アドバイスする**医師**はしばしばより**多くのサービスを処方するインセンティブ**を有する。

支払者は、保険に入った患者の請求書に最終的な法的責任を持たないので、患者が最終的な支払者である。支払者と患者との間の利益衝突は、**支払者に、高額なケアを必要とする人々への保険適用を否定するインセンティブ**を創造する。支払者は患者の擁護者ではなく敵となり、**可能な限りクレームへの支払を拒否する**。クレームを支払わないインセンティブはまた、支払者も患者も支払わないコストを提供者に負わせることで、支払者を提供者に敵対させる。その結果、**提供者は請求書の集金に不十分なリソースを費やし、保険会社がクレームを否定し得る患者を避ける**。これらのゆがんだインセンティブは純粋なコスト削減への行動を導く。

しかしながら、支払者、患者及び提供者間の衝突は不要である。**支払者は、支払責任を患者や提供者にシフトするのではなく、実際に医療結果の質を改善しコストを減らすことからのみ利益を得ることが**できる。彼らは、よい医療結果を有する高品質の提供者を見つけ、そのサービスについて価格を交渉することに集中すべきである。研究は、よい品質のケアはしばしば、経験あるメディカルチームの効率性、少ない複雑化及び良好な長期結果により、より低コストであることを示す。例えば、米国のプルデンシャル保険会社は、骨髄移植患者に高品質の提供者（施設、スタッフ、証明書、プロセス及び過去の結果についての限定された利用可能データにより選別される）を指示することにより、品質プログラム機関(Institutes of Quality Program)におけるコストを20%超節約すると見積もる。このような近時のプログラムは単にクレームの支払を回避するだけでなく、コスト削減に対する新たなプレッシャーへの生産的対応である。

患者のインセンティブはコスト意識を失わせる

生命が脅かされる又は緊急状況において、患者とその家族は価格に敏感ではない。しかし、日常的かつ任意のサービスを受け又はヘルスプランを選択する場合でも、ほとんどの患者は**コスト意識をほとんどもたない**。患者はほとんど、**比較的価格情報へのアクセスをもたない**。彼らは、ほとんど店を比較せず、彼らが頼ることになる医師を不快にすることを恐れ、価格について尋ねようとしな

実際、ほとんどの従業員は、価格を考慮することなく保険プランを選択する。しばしば、従業員はその健康利益のための支払を行わない。他方競合するプランの価格は（差額をポケットに入れる）雇用者によって同一化され、従業員がより低価格のプランを選択するインセンティブを取り去る。より効率的なヘルスプラン又は保険業者は、低価格がマーケットシェアの獲得に寄与しなければ、価格を下げるインセンティブを有さない。そして、1度保険を有せば、現在のシステムにおいて、患者は、手術、処方箋の調剤又は診断のためにどこに行くか等についての選択においても、価格に無関心となる。**共同支払及び保険金控除は患者が提供者の利用を選択できる範囲においてのみ機能し得る。**

今日のシステムにおいてさえ、多くの種類の判断がある場合にも**患者には選択が無い**。通常、患者が医師、ヘルスプラン又は病院を選べば、どの研究室か、**imaging facility** 又は利用する専門家については事前に決められている。これは特に、管理されたケア組織と提供者ネットワークにおいて真実である。

全ての患者が行う1つの選択は日常的関心のための訪問頻度である。**共同支払**は価格をこれらの選択における1つの要因とする。近年におけるヘルスケアコストへのより大きな関心の結果の1つはプレミアムを減らし過剰な初期ケアビジットの削減のための共同支払の利用増加である。

ばらばらの顧客は交渉力を有さない

機能する競争は顧客に、供給者に品質を改善させると同時にコストを削減するよう圧力をかける**十分な影響力を顧客に要求**することにより特徴付けられる。しかし、ヘルスケアにおけるように顧客がばらばらになるとき、彼らの力は大きく削減される。

米国は、保険会社やHMO等の1500の異なる第3支払者を持ち、そのうち約200は特定の地域のためのものである。典型的に、**3~12の支払者**・・・**地域によりその数は異なる**・・・**は特定の病院、医者又はその他の供給者への大きな購入量を受け持ち**、他の支払者と個々の患者はほとんど交渉力を持たない。さらに、今日のシステムにおいて、患者はその保険会社又は他の支払者に対してほとんど交渉力を持たない。

患者と支払者のこの分裂は競争圧力を制限するだけでなく、支払者の多くが供給者払戻しについて異なる方針、手続及び様式を有すため、取引コストを上昇させる。様式と要請を扱うために発展した長いカスタマイズされた様式、異なる報告要請及び官僚主義は、高い管理コストに繋がり、ヘルスケア経費の約 25%を占める。

供給者、患者及び支払者は情報を欠く

ヘルスケア顧客はまた、判断を向上させ、他方医療結果を好転させコストを削減するであろう情報へのアクセスを欠く。ほとんどの産業において、顧客は製品性能と価格を競合製品と比較できる。例えば、自動車の購入者は、テストドライブをし、異なるディーラーの価格を比較し、自分/友人の過去の経験を引き出し、コスト、マージン、性能/信頼性の格付け、及び中古車価値についての情報を提供する雑誌を見る。

ヘルスケアはほとんど差別化できない。患者、支払者及び紹介する医師はある医師、手続、治療コース又は病院の品質又は、価格と品質との関係を測定する方法を持たない。ペンシルバニアヘルスケアコスト抑制委員会によるデータは、紹介する医師と患者の双方が、近隣のライバルより貧弱な結果と高いコストの供給者のサービスを推薦/利用することを示す。多くのヘルスケア購入は1回限りであるため、患者は過去の経験を参考にできない。彼らは通常1人(患者がセカンドオピニオンを得る場合には2人)の医師の専門意見のみを得、そのアドバイスの質の判断をすることができない。

門番である医師が患者の扱いについてより情報に基づく選択を行うものと想像される管理ケアの下でさえ、ある患者のための最良のケア及び供給者についての情報を欠く。なお悪いことに、医師はしばしば患者を管理者が選択した承認された供給者のネットワーク内で紹介しなくてはならない。これらの管理者は、ケアの質や結果についての情報をほとんど持たないため、価格交渉に基づき選択を行う。適切な品質測定と情報を欠き、ネットワークはよりより良好なケアを提供する高額な供給者を排除するか、標準以下の供給者を含める危険がある。

薬自体の複雑さでなく意味ある医療結果測定に基づく適切な比較情報の欠如は、情報に基づく購入判断を排除する。航空機やコンピューターソフトウェア等、他の複雑かつ高度な技術分野の顧客は、製品/サービスについての入札を求め、製品が評価される正確な基準を描く。対照的に、ヘルスケアにおける貧弱な比較情報及び有意義な結果評価の欠如は、病院/医師にとって観察されるもの・・・病院の物理環境、ハイテク機器、広範なサービス、医師のベッドサイドマナー、さらに高い価格・・・に基づき競争するインセンティブを創造する。

顧客満足の測定は不適切な品質測定である。正しい情報は患者の健康を考慮し、特定の提

供者による特定の病気治療の短期 / 長期の結果に係る。ヘルスケアは堅固なサービスではなく、無数のサービスである。改革者は、提供者ネットワークや支払プランの全体比較に依拠するかわりに、特定の条件 / 治療のレベルでの情報と結果測定を開発しなくてはならない。癌の治療の購入は車の購入とは異なる。しかし、支払者、患者、提供者及び紹介する医師が適切な結果測定と価格の比較に基づき判断すれば、米国ヘルスケアシステムにおけるインセンティブは劇的に改善する。

ヘルスケアは提供者均一割当（期間あたりのプランにおける患者当りの固定価格）へと移行するにつれ、有意義な情報の必要性はより重要となる。歴史的に、米国ヘルスケアシステムの対応は「機能する可能性があれば試みる」であった。今日、同様のリスク傾向は「確かでないならば行わない」である。この種の考えはイノベーションを窒息させ、品質を侵食する。よりよい情報はいずれの傾向に対しても解毒剤となり、予測された結果に基づく判断を可能にする。

提供者のインセンティブはコストを増大させる

機能する競争市場において、価格を上昇させ又は多くの需要を創設する提供者の希望は、必要で買えるものだけを購入する買い手によってバランスされる。価格が下落し又は同じ価格での品質が向上する場合需要は高まる。ヘルスケアシステムは多くの方法でインセンティブを歪めるため、これらの単純な経済法則は米国のヘルスケア提供者に妥当しない。

病院及び外来患者施設：払戻しを最大化するインセンティブ

第2次大戦後の初期、病院はコストプラスベースで払戻しを受け、病院コストを急激に上昇させた。1983年に導入された医療健康保険支払システム(Medicare Prospective Payment System)は、診断に基づく固定料金を認め、患者の病院への入院料となった。(他のプレーヤーは医療保険制度に従い同じルールを導入する傾向があるため、医療保険制度の変化は特に重要である。)この診断書関係グループ(diagnosis-related group)(DRG)の払戻しは、入院と治療コストを削減するインセンティブを創造した。その導入に引き続く10年間に、DRGの払戻しルールは入院患者の平均ステイ期間を減らし、病院ステイの入院患者の数は20%減った。

提供者に過剰治療するインセンティブを創造するコストプラスシステムには修正が必要である。しかし、固定価格払戻しは反対方向にインセンティブを歪め、提供者に不十分に治療し又は早期に退院させる。これらのインセンティブは、再発率の増大や健康問題の長期化により、不十分な治療や早期退院が全体コストを引き上げる危険を産み出す。それらはまた、病院に、不必要に患者を受け入れすぐに退院させる。

外来患者の払戻しはDRGのようなシステムとはなっていない。(入院 固定払い。外来

患者 コストプラス。 ?) 患者の早期退院インセンティブと結び付くコストプラスの払戻しは、病院と他の提供者をして多くの新たな外来施設を開かせる。その結果の変化のいくつかは生産的であった。効果的な外来患者の治療と手術はコスト削減を助ける。しかしながら、非生産的結果もまた生じた。例えば、提供者は、最初に導入されたとき、患者の入院を遅らせ、緊急室で高価な薬や治療を施すことにより、DRG ルールをうまく処理した。この特定の実施は禁止されたが、外来患者の過剰治療のインセンティブは残った。

医師：サービスを増加するインセンティブ

DRG ルールは病院に不十分な治療を促すが、これらの追加サービスがコスト削減や治療結果の改善とならなくても、医師は今日そのサービス量を増加させるインセンティブを有する。**医師均一割当（期間当りの一次的ケア患者当りの固定ドル金額）**は正しいインセンティブを目指す、医師はケア（テストと紹介を含む）を制限することでより多くを稼ぐために、**不十分な治療**を導き得る。（**固定料金 不十分な治療。**）サラリーはより一般的となり、そのインセンティブは量と関係しない。しかし、ほとんどの医師はなお、彼らは履行された各サービスに対して支払われるため、より多くのテストや高価な処置を行うことにより多くを稼ぐというインセンティブ構造に直面する。（**サービスに対する支払 多くのサービス。**）最近導入されたリソースベースの相対価値システム (Resource-Based Relative Value System) (RBRVS) はオフィスビジットのような経験的知識に基づくサービスに較べて、手術のような技術的処置への払戻しを低くする。しかし、**処置当りの支払の引下げは、実際に、医師の収入を維持するためより多くの処置を行うというインセンティブを創造する。**（**単価の引下げ 回数を増やす。**）

我々は、医師が非良心的に患者と支払者を利用するとは述べていない。医療保険実務は複雑で、専門的判断を必要とする。さらに、患者のケアについての多くの正当な努力は医療サービスの利用を増加させる。医師は良心があれば、これらの判断が結果や生活の質を改善するという証拠がなければ、患者へのサービスを少なくし、よりコストのかからない治療を追及できない。

しかしながら、薬の複雑さは何故より多くの医師がいる地域で医師のサービスへの需要がより高いかを説明できない。**時間と施設を有する医師はより多くのテストと処置を行い、より頻繁に患者を診、又は重病でない患者に治療をすることにより、需要を増加させることができる。**例えば、ニューハンプシャー、マンチェスターの住人への心臓手術の比率は、地域の病院が心臓手術サービスを始めた年に2倍になった。地域サービスが始まる前は、コミュニティの患者へのバイパス手術の90%は3以上の動脈に関係した。地域センターが開いた後の3年間、バイパスの50%を越えるものは2以下の動脈にのみ関係した。しかし、冠状動脈心臓病の死亡率の判断可能な改善はこのより軽い冠状動脈病の外科治療を伴わず、健康結果の他の測定が改善したかどうかは明らかでない。心臓外科医はより軽い冠状動脈

病患者の手術の医療メリット論じることができる。我々は単純に、この例により、結果の改善の明確な証拠なしに、医師が医療サービスの需要を増加することができることを示す。

供給の需要を創造するこの傾向は、米国が専門家に較べて一次的ケアの医師が不足する理由の一部である。競争システムにおいては、一次的ケアの医師よりも高い、専門家の潜在収入は、過剰供給により低下する。しかし、専門家の利用可能性は専門ケアへの需要を生み、供給過剰はそれ自身を維持する。メディカルスクール卒業生の借入負担の増加は高給の専門家へと導き、この傾向を強める。

医師：高いサービスを推薦するインセンティブ

医師はまた、ケアの提供に加え、テストを指示し紹介を行うことにより、患者の購入エージェントとして行動する。患者の保険が支払をするので、紹介する医師はより安い施設、付随サービス又は提供者を選ぶインセンティブを持たなかった。代わりに、**便利性、関係、認知された質又は研究室や施設の持分利益からの直接的報酬が、独立の医師の紹介パターンを決定した。**

医師が施設や機器に財務的利益を有するとき、多くのテストと処置を行うインセンティブは最も強い。例えば、フロリダ州立大学の研究によると、フロリダの医師が有する研究室は、独立の研究室よりも、患者1人当たり2倍のテストを行う。同様に、アリゾナ大学の研究によると、オフィスに診察イメージ機器を有する医師は、患者をイメージテストに紹介する医師よりも4倍イメージテストを指示した。

議会は、医師に健康保険患者に医師が持分利益を有する診療所でのサービスに対して請求することを禁止する Stark 法案（1992年発効）を成立させた。そして、自らを推薦する制限する他の立法が成立又は議論されている。しかし、より根本的問題である医師のインセンティブは、議論されていない。医師所有の研究室が効率的であれば、それを禁止するのは誤りである。医師は、ヘルスケアサービスの利用を増加するよりも、**健康を促進し改善するインセンティブをもつべきである。**

医師：報酬増加のインセンティブ

ヘルスケア技術が米国で発展するにつれ、これらの処置は高リスクであり、比較的少数の高度に熟練した医師により提供されるため、胃腸内視検査等の新規な処置に高価格が設定される。競争市場においては、技術の流布とかかるサービスの供給増加は価格を下げる。しかしながら、**患者は価格に敏感でなく医師への保険支払はコストより請求の慣例に基づくため、ヘルスケアにおいて料金は下がらない。**

ほとんどの産業において、市場の力が会社が請求できる金額を決定する。価格はコストを

カバーする必要があるが、顧客を魅了するのに十分低いことが必要である。会社は差別化された製品/サービス、すなわち顧客により多くの価値を提供する製品/サービスについてのみより高い価格を請求できる。しかしながら、ヘルスケアにおいては、通常のルールは妥当しない。高価格は、保険会社が従来医師への支払を依拠させてきた「**通常の、慣例的かつ合理的な請求**」におく。この構造は、ほとんどの患者が保険に入らず、自分のヘルスケアの支払を行い、価格に敏感であった米国における健康保険産業の初期においては意味がある。その時、医師はその慣例的請求の設定において強力な制約に直面した。

健康保険が広がるにつれ、医療サービスにおいて競争市場が存在しなくなったにもかかわらず、支払者は「通常の、慣例的かつ合理的」構造を維持した。保険が基準となり、医師はもはや低価格により患者を魅了しなかった。実際、**保険を持つ患者は低価格を低品質のサインとして見なした**。十分な医師がそれを請求すれば料金は「通常の慣例的かつ合理的」となり得るので、医師は定期的にその料金を将来の払戻計算がより高い料金に基づくよう引き上げることにより、その収入を跳ね上げることができた。

過去 10 年間、医師の払戻しにおける変化はその料金引上能力を制限した。しかし、断片的規制には抜け道が見つかる。例えば、医療保険制度が 1984 年に料金凍結を導入し 2 年間続いた時、医師グループの実務はグループの新たな医師について意図的に高いレートを設定することで対応した。同様に、いく人かの支払者は医師に固定料金構造を課したが、医師はいわゆるバランス請求・・医師はその「設定価格」と承認された「固定料金」の差額を患者に請求する・・によりその裏をかいだ。支払者はもはや請求全体に責任をもたないので、この戦略は支払者の価格敏感と価格低減のためのインセンティブを削減する。バランス請求は患者をより価格に敏感にさせるが、**請求が重要になるかどうかを事前に知らない**。そして、バランスが小さい場合、**患者はしばしば支払う傾向にある**。幸運にも、多くの保険契約は医師の患者へのバランス請求を制限する。

医師：防衛的医療を实践するインセンティブ

医療過誤の恐れと患者の主張は、サラリー又は均一割当により支払われる医師でさえも、必要以上のテストと処置を指示することにより**防衛的医療**を实践させる。最も広範に引用される研究は、防衛医療の直接コストをヘルスケア支出総額の 1%と見積もる。しかし、医療過誤の恐れはまた、医師の判断を色づけることにより、間接的にコストに影響するため、かかる測定は控えめである。なお、医療過誤の恐れはヘルスケア問題の核心であるという一般的な概念は単純化されすぎる。法的改革は医療過誤問題への対応として重要であり、産婦人科等の分野でよい医師を維持することを助ける。しかしながら、医療過誤改革だけでは、米国ヘルスケアが必要とする抜本的变化を生み出さない。

提供者のインセンティブは過剰投資を促進する

米国ヘルスケアシステムは供給者による**過剰資本投資へのインセンティブ**を提供する。競争市場においては、会社は差別化を促しコストを削減するための投資をする。彼らは投資コスト/リスクを負うため、合理的リターンが予想される場合にのみ投資する。不適切な投資を行う者は利益の低下に直面し、最終的にはビジネスから撤退する。

これは、米国ヘルスケア産業への資本支出の場合ではなかった。1992年まで、資本投資に対する健康保険制度による払戻しは**コストプラス**であった。提供者は、このように、資本投資が報われることの確認という通常の市場制約の必要性なしに、施設を建設し新たな機器を追加することにより利益を得た。規制者は過剰投資という結果的インセンティブに気づき、コミュニティのニーズを判断する審査ボードを創設することにより対応しようとした。彼らはインセンティブ自身を修正する努力をしなかった。

さらに、ベッドや、イメージング機器や医療ヘリコプター等の機器の過剰能力は、価格を下げなかった。ヘルスケアは、**3つの理由により、通常の法則を無視した**。第1は、払戻しはいかに施設が利用されるかに依拠しない。第2に、提供者はコストプラスの払戻しだけでなく**地域的ヘルスケア施設を維持するコミュニティ利益**によっても失敗から守られた。第3に、**いったん施設が存在したら、それらを満たす需要を生み出す強い傾向**が存在した。究極的に、これらの投資は医師と患者の双方を魅了するため、病院と外来患者の治療センターは機器と施設に過剰投資するインセンティブを有した。結果の真の測定なしに、最新施設はヘルスケア競争の焦点となった。

1992年に、健康保険払戻しルールは変更し、主要な資本投資は償却され得る範囲に制限された。この変化は、ヘルスケアコストへの国家的関心の増大と結び付き、実質的に資本機器の生産性改善へのインセンティブを増大する。投資生産性における経費節約イノベーションはタイムラグの後に現れる。しかしこの変化の利益は、**新たな健康保険ルールの多すぎる抜け穴**により不必要に希薄化された。これらのルールは地理的ロケーション（都市対地方に加え地区の）、患者人口（病気の重さ、又は「ケースミックス」）及び払戻しの特性（保険を持たない又は救済の患者の比率）のための調整等、重要な調整を含む。総合的に、調整はシステムをなお實際上コストプラスとする。

撤退障害は標準以下の支払者と提供者を守る

コスト削減のインセンティブは、低い品質の非効率な供給者/保険会社が失敗し得る場合にのみ十分に効果的となる。健全な競争市場においては、標準以下のプレーヤーは撤退を強いられ、効率的な者にとってかわられる。その結果は品質を犠牲にすることのない低コストである。

過去 20 年間、病院施設の需要は抜本的に低下したが、比較的小さいキャパシティのみが削除された。多すぎる施設の国へのコスト / 品質ペナルティは大きい。固定費用が少数の患者に分散されなくてはならないので、**ボリュームの低さはコストを押し上げ、同時に、品質も害される**。例えば、年間 150 より少ない心臓手術しかしない提供者は、より高い死亡率 / 併発症率となる。その結果、米国外科大学(American Collage of Surgeons)は、各心臓外科チームが最低年間 150 の手術をすることを推薦した。他の研究は、大量の処置をする病院は、低い死亡率 / 短い入院期間であることを示す。たとえその質と利用率が低くても、供給者にもサービスを提供する能力を保証する払戻ルールは有益ではない。しかし、米国ヘルスケアにおいて、**施設閉鎖や特定のサービスを止めることにより標準以下の提供者を撤退させることに対して大きな反対があった**。

全ての米国コミュニティに病院を置くという公共的インセンティブの歴史を見ると、病院や病院内のサービスを廃止すべきであるという考えは革新的である。米国の病院システムは、総合的医療ケアが地域の病院で合理的に提供され得たときに発展した。コミュニティはなお、今日日常的な緊急ケア、出産ケア及び入院を要する異常へのケア等のサービスが利用できることから利益を得る。しかしながら、高リスクの分娩、トラウマケア及び臓器移植などの複雑なケアのために、地域化と合理化は大きく質と効率性の双方を増進させる。

卓越した地域施設に通うのは高価かつ不便であるように聞こえるが、コスト節減と良好な短期 / 長期の医療結果は容易にそれを患者 / 支払者の双方にとって価値あるものとし得る。医師が多い経験により熟練するだけでなく、医療専門家チーム全体が効率的な手順を学び、手続及び問題指摘において専門知識を開発するため、専門的治療のより大きな量は良い結果と低コストを導く。その結果、大きな量の専門的サービスを有する施設は、そのサービスにおいて低コストとなる傾向がある。

しかしながら、**提供者ネットワークへの統合の現在のトレンドは、専門的サービスのコストと質に有害な効果をもち得る**。管理されたケアネットワークは第 1 次ケアと比較的単純な専門ケアにとっては良い。しかしながら、断定的にコスト対効果を証明できないため高度な提供者が排除されるか、複雑かつ高度に専門化したケアの標準以下の提供者が隠されネットワーク内で守られる危険性がある。マネジャーは意図的に標準以下のサービスを維持するものではないが、結果の測定は難しく、ネットワークはケアが標準以下であることの不確かな証拠に基づきフルサービスの地位を失うことを躊躇する。保証された患者はネットワーク内の提供者に流れ、新たな撤退障壁を創造する。

公共政策は、競争育成において重要な役割を担うべきである。過剰能力を削減するための統合は好ましいが、独占禁止ルールを競争を害するまで緩和しないことが重要である。過

剰な統合は、顧客への対応を必要としない、非常に強力な提供者を生み出す危険がある。
それはまた、新たな処置 / 治療を刺激するために重要な実験も制限する。

ばらばらな解決は兆候のみを扱う

米国ヘルスケアシステムのゆがめられたインセンティブは無関心の結果ではない。大きな規制的努力が問題解決に向けられてきた。不幸にも、これらの努力の多くは根本原因ではなくその兆候の修正に向けられた。実際、新たな規制は、質の改善に失敗する一方、システムをより非効率にする。

例えば DRG(診断書関係グループ)払戻しが早期退院を促すことにより入院期間を短くした時、コスト削減の病院の努力はケアの質を下げ得るという懸念が表面化した。そこで、政府は新たな規制を加え、質と利用の問題に対応するため官僚主義を拡大した。病院は、並行利用検査スタッフを創設することにより、これらの質規制に対応した。その結果はコスト削減ではなくヘルスケア削減であった。従前患者に費やされた資金は管理にシフトした。

かかる断片的解決のもう 1 つの結果は、**矛盾するルールの複雑な集合**であり、それはシステムを操作する方法を理解した者に利益を与える、請求コンサルタントは医師と病院管理者に払戻しを最大化するよう教えた。例えば、ある処置について固定料金が設定されたら、医師はばらばらにすることを学んだ。・・料金を上げるために処置の各部分について別個に請求する。固定料金第 3 支払者の出現と保険を有さない者の負担増はコストのシフトを促した。・・より制限的でない支払プランの患者は他のケアコストを吸収した。インセンティブにおける変化のみがこれらの抜け穴を閉じることができる。追加的規制は抜け道を見つけられ、新たな管理コストを生み出す。

ヘルスケアシステムを包括的に見て長期に焦点を絞ることを行わない場合、システムコストを生じさせる。例えば、米国の母親の多くはほとんど**出産前のケア**を受けないが、出産前ケアの全体コストは、貧弱な出産前ケアの結果である未熟児の集中的ケアコストと重大な健康問題を有する子供への長期ケアコストと比較すればほとんど無視し得る。改善された結果測定が開発されるに従い、病気のある段階での高額なケアが実際に全体コストを減らし又は引続く段階での結果を改善する場合を判断することが重要である。

さらに、**表面上無関係な政府政策**がヘルスケアコストの発生に貢献する。最も明らかな例は**煙草への助成**である。煙草の健康リスクを考えると、その助成はヘルスケアコストを引き上げる。クリントン政権の煙草への課税引上げは、喫煙を高額にすることで、健康態度へのインセンティブを強める。しかし、煙草への助成と課税は、我々がシステム全体のコストと特定の政策の利益を見れば単純化し得る、複雑な、断片的規制の一例である。

コスト削減についての近時の進展は十分ではない

コスト上昇への国家的関心と DRG(診断書関係グループ)払戻システムへの対応として、1980年代終盤までに**多くのコスト削減進展**が現れ始めた。実際、不完全であったとしても、コスト削減への新たなインセンティブの結果は国家的レベルにおいて注目に値する。消費者物価インデックスの医療要素はなおインフレーションより早く上昇するが、増加率は単年における予想ヘルスケア支出より 150 億ドル削減するのに十分に下がった。

コスト削減イノベーションの例は広範な治療 / 処置に及ぶ。抗生物質 ceftriaxone を考える。1980年代中ごろまで、抗生物質開発の進展は広範な範囲の抗生物質を産出する傾向があった。1988年の Ceftriaxone の紹介は、本質的に同じクラスの既存の薬と同じ範囲の薬を提供したが、しかし 3、4 時間毎ではなく 24 時間毎の 1 回の投与でよかったためにコストはより低くなる。少ない投与は、より少ない看護時間と治療コストを意味する。それはまた、幾人かの患者に退院し毎日の外来ベースでの注射を受けることを可能にする。これらの経済優位のため、ceftriaxone はすぐに病院でのトップ販売の薬剤製品となった。他の例には新たな治療と外科技術が含まれる。腹腔鏡は胆嚢摘出手術や虫垂切除のような処置からコストと回復時間を減らす。遺伝子治療は膀胱繊維症と ADA 欠陥のような先天的病気における機能回復を可能にすることにより抜本的なコスト削減の可能性を生み出す。ほとんどの薬剤 / バイオ薬剤会社は今日、どの製品を追求しどの研究開発投資を行うかを決定するため、潜在的な新製品の治験的 / 経済的優位を分析する。

米国ヘルスケアシステムの状況を回復するための**改善されたインセンティブの力の他の兆候**が存在する。多くの民間部門イニシアティブはヘルスケアの成長率を抑え始めた。大規模な雇用者は従業員に、より高額なヘルスケアプランを選ぶ場合にはより多く支払うよう要請し始める。小規模ビジネス連合は、保険会社と提供者からより大きな価値を要求し受領する。雇用者はヘルスベネフィット選択についての情報を探し、提供者と保険会社は、情報を持つ買い手により効率的に対応することを学ぶ。

これらは積極的サインであるが十分ではない。今日の傾向はインセンティブの真の改革を回避する言い訳とされるべきではない。実際、改革の予想はそれ自体コスト削減を導く。そして、弱いインセンティブがかかるイノベーションを促し得る場合、**明確な競争市場インセンティブの計画的な導入**は劇的な結果を達成し得る。競争要因への対応におけるイノベーションは、ケアを制限し又は今日治療できない病気の治療の追求を遅らすことなく、コントロールされたヘルスケアコストを導く。

改革はヘルスケアにおける競争を治癒し得る。

米国ヘルスケアにおける競争は、広範な病気 / 怪我の**最新技術の治療**における劇的な進展を生み出した。人々は世界中から米国の病院における米国の医師による米国で開発された

技術による治療を求めてやってくる。改革はこのすばらしさを維持し、イノベーションの範囲を拡大すべきである。米国ヘルスケアのための継続的治療は4つの基本要素を含む：
生産性競争に拍車をかける正しいインセンティブ、経済効率を保証する全国的保険、
有意義な選択をもたらす関係情報及びダイナミックな改善を保証する活気あるイノベーション。

生産性競争へのインセンティブ

ヘルスケア議論の多くは、過去に競争はコスト管理に失敗したため、将来もできないであろうという前提にたつ。逆説的に、競争は、通常質の向上とコスト削減のための強力な力である。しかし、問題は、既に見てきたように、提供者、支払者及び薬/機器の供給者がコストが上昇する一方で栄えることを許す、歪んだインセンティブにある。

「管理された競争」が解決として提供されてきた。それは、患者と雇用者が大規模な購入協力（それは、大規模な支払者とヘルスプランを契約し、提供者と医師を統合されたネットワークに組織する）に加わることを促す。しかし、顧客と提供者の結合は革新に対するインセンティブをほとんど持たない相互的独占を創造しえた。より力のある支払者は、コスト抑制努力により、新たな治療への支払を拒むことによりイノベーションを遅らし得た。顧客と支払者のより対等なグループは、改革されたインセンティブなしに、誰が請求書を支払うべきかについての争いにより産み出された事務処理を増大し得る。実際、改革されたインセンティブがなければ、管理された競争は機能しない競争に関わる当事者の力を増大するだけである。

改革は機能しない競争を生み出すインセンティブを削減しなくてはならない。改革は顧客に価値を提供する提供者間及び支払者間の厳しい競争を育まなくてはならない。提供者とその供給者は、彼らが医療結果におけるコスト効率的な進展をなした時にのみ、より高い利益を得るべきである。

4つの条件はヘルスケアにおける生産性競争を育むことを助ける。

過剰統合を回避する。提供者は互いに、特定のサービスの質と価格に基づく競争を強いられなくてはならない。

健全な競争を確保するため独占禁止法を維持する。

地域的競争が制限されない場合、標準以下の提供者の撤退を許す。繁栄の機会は失敗のリスクと結び付けられなくてはならない。さらに、その保険プランが失敗した場合に契約者を守る安全ネットが設定されなくてはならない。

新たな薬と工夫におけるイノベーションを制約する影響をもつため、**価格上限を否定する。**かわりに、製品間の競争はその価格を下げるため促進されるべきである。

支払者及び患者のインセンティブはまた整合されなくてはならない。支払者はその契約者のためにより価値を交渉する場合に利益を得るべきである。患者はより価値を求める場合に利益を得るべきである。患者を購入グループに含め又は能率的な提供者ネットワークを設定するのでは十分ではない。インセンティブが変わらない限り、支払者はより価値を見つけるよりもコストをシフトする努力を継続し、提供者は必ずしも質を改善することなく払戻ルールをごまかし続ける。

4つのステップは、患者と支払者のインセンティブの整合を助け、今日の実りのないコストシフトを回避する。

利益を整合させる。支払者はその契約者の請求書を支払う法的責任を負わなくてはならない。

クレームについての紛争を削減するため**健康保険の内容を単純化する。**

バランス請求を禁止する。

患者の責任を増大させる。患者は、収入累進上限まで、共同支払を通じてコストの一部を負担すべきである。

経済効率のための保険範囲

全国的適用範囲は公平さとともに経済効率のため重要である。多くの歪められたインセンティブと非効率性は、支払われないケアにより生み出された問題から発生する。

コストシフトと患者ダンピングのような高くつく慣例を削減する最善の方法は、調査、監査又は罰則によらない。改革は全員を支払う顧客とする。保険を持たない者の経費は、平均価格の引上げにより提供者が回収するという未払ケア査定を通じて、すでに大部分はヘルスケアシステムにより負担されるため、全国的適用のコストは人が恐れるようには高くつかない。さらに、一次的ケアへのアクセスを欠く患者は今日代わりに高価な緊急室を使っているため、保険に入っていない者について今日生じるコストは削減する。

全国的適用はまた、競争が**全ての患者の利益において機能**するために重要である。さもないと、今日貧しい者に対応する多くの提供者は撤退を余儀なくされる。解決は貧困者を提供者を判断する支払う顧客に組み入れることである。

意味ある選択のための情報

効率的競争は自由な選択を求めるが、情報が無ければ選択は意味がない。競争は、提供者、紹介する医師、支払者及び患者による判断が価格と医療結果についての適切かつ比較可能な情報に基づく場合に機能する。かかる**情報は特定の提供者による特定の治療のレベルにおけるものであり、長期的かつ短期の結果を含まなくてはならない。**消費者への購入判断の参考になる保険プランについての情報の提供についての議論があった。**全当事者に治療**

結果と価格についての情報を提供することはより重要である。

この種の情報がなければ、改革はアクセスとコスト抑制のゴールに向けて価値を犠牲にするリスクを負う。病院は患者が通院に適する前に退院させるかもしれない、医師はテストの指示や紹介において手を抜くかもしれない。**医療結果情報はまた、過剰統合の危険に対してガードする。**顧客は統合されたヘルスネットワーク内に囚われる為、標準以下の提供者は健全な競争から保護されるべきではない。

適切かつアクセス可能な結果測定の開発は、国の最高の優先的リサーチ1つであるべきである。広く認められているようにこれは簡単な仕事ではない。しかし、早急な進展がすぐに行われ、**データと既に用いられている測定の広範な流布**以上に、よりよい測定の開発を早めるものはない。全ての者が良い情報を利用できる状況での、情報が与えられた選択・・制限されていない選択・・は質を高め価格を下げる生産性競争を促進する。

ダイナミックな改善へのイノベーション

国家的議論は技術を敵とし、ヘルスプラン購入協力、統合ネットワーク及び薬と工夫への価格キャップを伴う改革によりいかに脂肪を削ぎ落として無駄を削減するかに集中する。しかし、これらの改革は本質的に今日のヘルスケアをより効率的に行う方法であり、コストを十分に削減しない。実際、**ネットワーク過剰統合並びに新薬及び工夫への価格抑制やバイアスはイノベーションへのインセンティブを害する。**我々のヘルスケアコスト問題への真の解決は、**コストを削減し質を高めるイノベーションを育むダイナミックな視界**を要請する。

製薬、生命工学及び医療機器会社はコスト削減イノベーションを提供し始める。民間企業は**品質比較及び結果測定**を開発し始める。小規模ビジネスは、**競争価格での品質ケアのため支払者と交渉する購入グループ**を形成し始める。その結果、ヘルスケアコストの上昇率は遅くなる。

ヘルスケア改革は、**医療/管理イノベーションのための更に強力なインセンティブ**を創造することにより、この発展に依拠しなくてはならない。改革者は、1回限りの効率性を継続的コスト改良と混同してはならない。全てのリフォーム提案に欠けている原理であるイノベーションは、**高品質の許容可能なヘルスケアのための唯一の真の長期的解決**である。