

カナダ・オンタリオ州の1次医療報酬支払制度改編

황중남 (ゾングナム)カナダ海外通信員 アルバータ大学



1. カナダ 1次医療制度と報酬支払制度改編の背景

カナダ保健医療法(Health Canada Act、1984)を基盤とするカナダ保健医療制度は10の州(province)と3つの準州(territory)ごとに少しずつ異なっている。これはカナダ保健医療法に規定されたフレームに合わせて各州と準州別に独立的な医療制度が運営されているからである。カナダ保健医療制度内で1次医療の提供を受けるには、患者は自分が希望する家庭医学科専門医(family physician)を主治医に指定した後、持続的な1次医療の提供を受け、場合によっては主治医を通じて他科の専門医への診療依頼を受けることができる。

従って、患者と主治医間の信頼関係が非常に重要である。これが実現しなければ患者は自分の主治医を変更することができる。慢性的な医療人力不足のために主治医の指定ができない患者は当日診療所(walk-in-clinic)と呼ばれる一般医院で一般医(general practitioner、以下 GP)または家庭医学科専門医の診療を受ける。

各州と準州ごとの独立的な医療制度運営により、1次医療報酬支払制度はやや異なっているが、基本的には各地方政府と各地方医師協会の交渉によって基本的な医療点数が調整されている。大部分の州ではこの交渉結果をベースに行為別報酬制(fee-for-service、以下 FFS)による1次医療点数支払制度を施行している。また一部の州では慢性疾患の効果的な管理のために行為別報酬制とは別に慢性疾患モデル(comprehensive care model)のような、別途インセンティブ報酬制度を運営している場合もある。

2. オンタリオ州の1次医療点数支払制度の主要な変化

オンタリオ州の場合も2000年以前は行為別報酬制(FFS)が1次医療の主要支払補償制度であった。しかし患者に提供される医療の質を基礎とした補償ではなく、医療の量による補償なので、適正に行われた医療の提供には妥当ではないとの批判が1990年代以後徐々に拡がりはじめ、医療点数支払制度改善法案に関する論議が始まった。またこの10余年の間にオンタリオ州を始めとしてカナダ全域で1次医療の供給主体である家庭医学科専門医供給不足が持続し、より魅力的な医療報酬制度を通じて家庭医学科専門医の資源確保の必要性が主張され、1次医療点数支払制度改善の論議は弾力的に発展していった。

オンタリオ州1次医療点数支払制度改編は、大きく3つの目的で推進された。その第一は、より魅力的な医療点数制度導入により、より多くの1次医療人力を確保して患者の1次医療接近性を進めるとともに、良質の医療を提供することである。第二は、混合医療報酬モデル(harmonized payment model)を既存の主要支払制度である行為別報酬制(FFS)と人頭制(capitation)とを並行することによって、1次医療を提供するすべての医師に追加インセンティブを提供することを主要骨子としたものである。最後に夜間診療と電話健康相談(the Telephone Health Advisory Service、以下 THAS)の提供と、公式な患者名簿登録作成を通じて1次医療の機能強化を推進しようとするものである(Fitzpatrick、2010)。

2000年代以降の1次医療点数支払制度の変化は、既存の行為別報酬制に別途インセンティブ制を追加する

家庭保健医療グループ (Family Health Groups、以下 FHG) と、慢性疾患管理モデル (Comprehensive Care Model、以下 CCM) を2003年と2005年にそれぞれ取り入れたことである。それと共に、2001年と 2006年には混合人頭制 (Blended Capitation) のモデルである家庭保健医療ネットワーク (Family Health Network、以下 FHN) と家庭保健医療組織 (Family Health Organization、以下 FHO) 制度が取り入れられて施行されている。オンタリオ州の 1次医療点数支払制度改編の特徴の一つは、既存の行為別報酬制を完全に廃止しないで維持したまま、1次医療供給者である医師にとって自発的な新しい報酬支払制度への参加を勧奨している点である。最近になって、成果基盤補償制 (Pay-for-performance、以下 P4P) を基礎とする 1次医療ネットワークである家庭保健医療チーム (Family Health Team、以下 FHT) 制度がオンタリオ州の長期的な 1次医療モデルと定めて、オンタリオ州各地域社会別に漸進的な拡張を政策的に推進している。家庭保健医療チーム (FHT) 制度は報酬支払制度のモデルというよりは、オンタリオ州が追い求める 1次医療提供の理想的な供給モデルである。しかしながら家庭保健医療チーム (FHT) を通じて提供される成果基盤補償 (P4P) を追加して受けるには、必ず混合人頭制 (Blended apitation) モデルである家庭保健医療ネットワーク (FHN) と家庭保健医療組織 (FHO) を基本報酬制度として個別医師が選択しなければならない。従って結果的に家庭保健医療チーム (FHT) 制度の拡大は、オンタリオ州政府が混合人頭制 (Blended Capitation) を 1次医療の主要報酬支払制度に拡大実施しようとする意志がうかがえる政策である。

オンタリオ州の混合人頭制である家庭保健医療ネットワーク (FHN) と家庭保健医療組織 (FHO) は非常に似ている。性別と年齢を補正して各医師に登録された患者数に比例する金額が基本報酬として医師に支給され、州政府が追加した特定サービス、例えば慢性疾患管理、夜間診療、健康電話相談サービスなどの特殊な医療提供に対し、インセンティブ形式の追加報酬が支払われる。家庭保健医療ネットワーク (FHN) と家庭保健医療組織 (FHO) の大きな差は、対象サービスの種類が違うことである。家庭保健医療ネットワーク (FHN) の場合は 56種の医療サービスが人頭制の範囲内に含まれ、家庭保健医療組織 (FHO) の場合は 119種の医療サービスを含んでいる。混合人頭制の範囲に入らない医療を提供した場合は行為別報酬制が別に適用され、追加手当が医師に支給される。

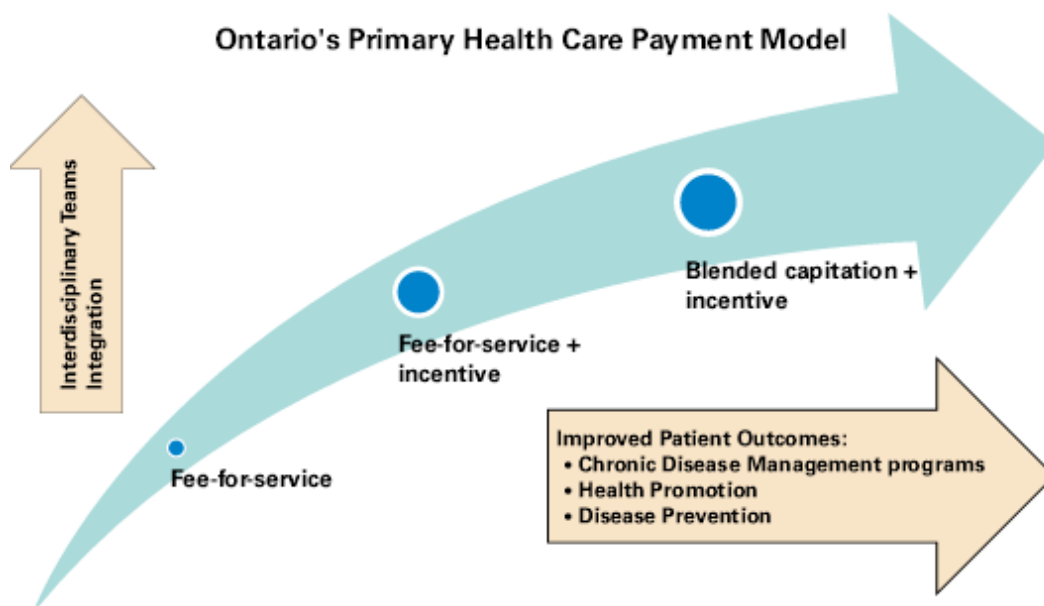


그림 1. 온타리오 1차 의료 수가지불제도 개편 방향과 목적
 자료: Ontario Ministry of Health and Long Term Care

図 1. オンタリオ州 1次医療報酬支払制度改編方向と目的

3. 報酬支払制度改編の効果

㊦. 1次医療接近性向上

オンタリオ州の慢性的問題であった1次医療の医師人力不足現象は、報酬支払制度改編後次第に解消されたと評価されている。2002年には10,000人余の家庭医学科専門医がオンタリオ州で1次医療を提供していたが、2010年には1,600人余が増加し、約11,600人が1次医療を提供している(Kralj など. 2012)。報酬支払制度改編前の1995年から2000年までの5年間に漸次減少した医師人力の過去のパターンと比べて、家庭医学科専門医の供給は大きく増大した。これは新しい報酬支払制度が1次医療の核心である家庭医学科専門医に魅力的な補償体系として受け入れられたことを示している(Rosser など.、2010)。それとともに患者の主治医登録率にも大きな変化が生じた。2003年には130万名余がオンタリオ州住民の1次医療主治医を登録していたが、2010年の資料では約950万名余が1次医療主治医を登録したと集計されている(Kralj など.、2012)。オンタリオ州総人口が1,300万人であることを考慮すれば、1次医療主治医登録率は高い水準といえる。Hollander MJ、et al. (2009)は、主治医登録が保健医療財政に及ぶ研究において、1次医療主治医登録率の増加は持続的な医療提供と管理によって、保健医療財政支出の減少に関連することが明らかになった(Hollander など. 2009)。オンタリオ州の報酬支払制度改編によって増加した主治医登録率が良質の医療提供に加えて保健医療財政の支出減少に繋がることに州政府保健省(Ontario Ministry of Health and Long Term Care、以下 OMHL)は高い関心を示している。

また、新しい報酬支払制度改編を通じて夜間診療提供が以前に比べて増加したことも確認されている。新しい報酬支払い制度に改編された初期の2003年には約100万件の夜間診療が提供されていたが、2010年には約350万件の夜間診療が提供された(Kralj など. 2012)。夜間診療の増加は救急室利用の減少につながり、オンタリオ州が経験している慢性的な救急室診療の遅滞と人力不足に対する負担が減少したとの評価を受けている。

㊧. 医療の質

報酬支払制度の改編が医療の質向上にどのように向上させたかに対する評価は、少し早いとの意見が多くを占めている。しかし2000年以後の新しい報酬支払制度を通じて補償を受ける一般医と家庭医学科専門医の場合、既存の行為別報酬制を通じて補償を受ける医師に比べて、患者に自主接触しより多様な医療を提供していることが調査の結果明らかになった。これは新しい報酬支払制度が1次医療提供、とくに慢性疾患のような持続的な観察と管理が必要な患者により良い1次医療が提供される家庭を支持している根拠と解釈される。

一方、オンタリオ州政府は新しい報酬支払制度とオンタリオ州の新しい1次医療のモデルとを同時に、発展方向である統合協力診療(Interdisciplinary team care)によって医療の質向上をはかった。家庭保健医療チーム(FHT)はオンタリオ州政府が推進する1次医療の未来モデルであり、統合協力診療を通じて医療の質向上をその主要目標にした。2005年に紹介された家庭保健医療チーム(FHT)の核心は、慢性疾患管理において医師の過重な診療負担を減らし、統合協力診療チーム(interdisciplinary team)を通じて、患者に適切で多様な1次医療を提供することであり、過去には主に医師にだけ頼っていた診療から脱し、専門看護師、栄養士、運動処方士などを含めた多様な保健医療専門人力で各地域社会別にチームを編成して総合的な1次医療を提供することである。

家庭保健医療チーム(FHT)制度は成果基盤補償(P4P)制度を基盤として、追加報酬を医師に支払うので、家庭保健医療チーム(FHT)の恩恵を個別医師が得るためには、混合人頭制形態である家庭保健医療ネットワーク(FHN)と家庭保健医療組織(FHO)を報酬支払制度として選択しなければならない。家庭保健医療チーム(FHT)を基盤とした新しい報酬支払制度が、カナダでは最も高い有病率を見せる高血圧、糖尿病のよ

うな慢性疾患管理において、肯定的な影響を及ぼしているという研究結果が出ている(Kantarevic など.2011; Kantarevic など.2012)。これは家庭保健医療チーム(FHT)制度を通じて、統合電子医務記録の使用がより活性になり、チーム内医療人人間のコミュニケーション増によって、より効率的に医療を提供することができることはもちろん、成果基盤補償(P4P)制度が医師にとって慢性疾患と係わる予防と管理サービスをより積極的に提供するのに十分なモチベーションを提供しているという分析である。とくに子宮癌、乳房癌、大腸癌のような検診が必須の検査の受検率と、老人階層インフルエンザ予防接種率は、新しい支払制度施行後に約7~11%程度向上している(Kantarevic など.2011)。

この外にカナダ保健医療消費者指数(Canada Health Consumer Index、以下CHCI)によって2011年12月に発表されたカナダ州・準州別保健医療制度の成果評価結果によれば、オンタリオ州は10州と3つの準州の中の1位を占めた。とくに1次医療と疾病予防部門で最も優秀な評点を受け、間接的に新しい報酬支払制度の肯定的影響を確認することができた。

다.費用支出

Kraij, et al. (2012)の研究によれば1992年から2010年までの18年にオンタリオ州で1次医療に関して出費された総額は年平均3.8%増加したが、同期間に1次医療主治医(一般医+家庭医学科専門医)に支給された報酬は年平均3.2%の増加であった(Kraij など.2012)。18年間のインフレを補正した支出総額と支給された報酬を比較すると、それぞれが年平均1.9%、1.3%の引き上げであった。2010年度を基準にオンタリオ州政府が1次医療に関して一般の家庭医学科専門医に出費したすべての費用は\$3.2百万ドルで、オンタリオ州の人口を考慮すれば1人当たり一日\$0.66を出費したことになる(Kraij など.2012)。2000年代以降、1次医療報酬支払制度の改善に関連した投資費用の支出は多少増加したが、これは長期的に効果が現われる1次医療の質と接近性向上という結果を考慮すれば、生半可な結論を下すことができないとの意見がある。

オンタリオ州1次医療を担当する医師の収入を分析して見ると、1992年から2004年まで医師に支給された平均医療点数はインフレを補正して平均6%程度減少していた。しかし新しい報酬支払制度導入後医師の収入は約40%程度増加したと分析されている(Rosser など.2010)。とくに新しい報酬支払制度改編後の医師の平均収入は\$250,000で、改編初期の2004年の\$180,000ドルよりは増加した。にもかかわらずカナダ保健医療政府研究所(Canadian Institute for Health Information、以下CIHI)が全13の州・準州間で比べた医師の平均所得部門から得たオンタリオ州の1次医療主治医の所得は下位圏の8位に位置している(CIHI, 2011)。したがって報酬支払制度改編により、オンタリオ州の医師収入増加に対する否定的な意見は少ない方である。

4. 報酬支払制度改編の発展

オンタリオ州の1次医療報酬支払制度改編に関連して興味があるのは、既存の行為別報酬制を廃止して新しい報酬支払制度と並行して施行しているという点と、新しい報酬支払制度を強制的に施行しないで1次医療一般医と家庭医学科専門医の自発的な参加を誘導しているという点である。とくに混合人頭制(FHNとFH0)支払制度定着のために成果基盤補償(P4P)形態の家庭保健医療チーム(FHT)制度を取り入れて医療提供者である医者にはさらに魅力的な補償体系を提示して、同時に患者にはより向上した質の医療サービスの提供が受けられるように州政府は誘導している。現在約4,000人余の医師が混合人頭制を通じて医療点数を支払い受けているが、漸次その数字が増えることを州政府保健省(OMHL)は期待している(Fitzpatrick, 2010; Kralj など.2012)。また、新しい慢性支払制度改編の裏面には、オンタリオ州の5大学家庭医学科専門医協議会の支持があった(Rosser など.2010)。報酬支払制度改編に関連して家庭医学科専門医協議会で行為別報酬制に対する問題意識を共有して、本格的な政策協議が実現したことは注目に値する。

オンタリオ州は1次医療支払報酬制度の漸進的改編と共に、2012年1月に2次と3次医療に相当する病院診療支払報酬制度の改編案である保健医療制度の財政改編(Health System Funding Reform)を発表した。

主要内容では既存の総額予算制度(global budget)を全面廃止して患者中心財政(Patient-Based Funding、以下 PBF)案を導入すると同時に、オンタリオ州保健医療の最終目標を北米地域で最も健康な地域に設定すると発表した。1次医療報酬支払制度の改編に引き続き、病院診療報酬支払いに対する全面的な改編を通じ、果たしてオンタリオ州政府が目標とする医療の質と接近性向上という結果を得ることができるはずであり、窮極的にこのような報酬支払制度改編が窮極的にオンタリオ州住民の健康水準に寄与することに関心を抱く必要がある。

参考文献

1. Canadian Institute for Health Information. National Physician Database:2009-2010. Ottawa;Canadian Institute for Health Information;2011.
2. Fitzpatrick S. Primary Care: Ontario Payment Reform. Toronto;Ontario Ministry of Health and Long-term Care;2010.
3. Hollader MJ, Kadlec H, Hamdi R, Tessaro A. Increasing Value for Money in the Canadian Healthcare System: New Findings on the Contribution of Primary Care Services. *Healthcare Quart* 2009;12(4):32-44.
4. Hutchison B, Levesque JF, Strumpf E, Coyle N. Primary Health Care in Canada: System in Motion. *Milbank Q* 2011;89(2):256-288.
5. Kantarevic J, Kralj B. Quality and Quantity in Primary Care Mixed Payment Models: Evidence from Family Health Organizations in Ontario. Bonn;The Insitute of Study and Labor;2011.
6. Kantarevic J, Karli B, Weinkauff D. Enhanced Fee-for-Service Model and Physician Productivity: Evidence from Family Health Groups in Ontario. *J Health Econ* 2011;30(1):99-111.
7. Kantarevic J, Kralj B. Link between Pay for Performance Incentives and Physician Payment Models: The Case for Diabetes Management Incentives in Ontario. Bonn;The Institute for Study of Labor;2012.
8. Kralj B, Kantarveic J. Primary Care in Ontario:reforms investments and achievements. *Ontario Med Rev* 2012;Feb:18-24.
9. Ontario Ministry of Health and Long-term Care. Available from: <http://www.health.gov.on.ca>.
10. Rosser W, Colwill JM, Kasperski J, Wilson L. Patient-Centred Medical Homes in Ontario. *New Eng J Med* 2010;362(3):e7.