

## Antitrust law and American health care (3)

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-03 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	<a href="http://hdl.handle.net/2297/3842">http://hdl.handle.net/2297/3842</a>

# 医療保障と競争政策の交錯（3）

## —アメリカ医療における反トラスト法の展開—

石 田 道 彦

はじめに

### 第1章 医療分野への反トラスト法の適用

第1節 1975年以前における反トラスト法の適用状況

第2節 医療分野への反トラスト法の適用

### 第2章 医療計画と反トラスト法

第1節 連邦医療計画法とCON規制

第2節 医療計画活動への反トラスト法の適用（以上、第48巻1号）

### 第3章 医療分野におけるジョイントベンチャーと反トラスト法

第1節 医療機関の統合化とジョイントベンチャー

第2節 医療統合ネットワークに対する反トラスト法の適用（以上、第48巻2号）

第3節 医療統合ネットワークにおける診療統合

1 診療統合における共同事業

2 診療統合の実例

3 診療統合の成立条件（以上、本号）

### 第4章 事業者団体による自主規制と反トラスト法

おわりに

## 第3章 医療分野におけるジョイントベンチャーと反トラスト法 (承前)

### 第3節 医療統合ネットワークにおける診療統合

#### 1 診療統合における共同事業

診療統合 (clinical integration) は、1996年に反トラスト当局が公表した医療ガイドラインにおいてはじめて登場した概念である。これは、医療統合ネットワークにおいて診療面での効率性を向上させる共同事業が実施されている状態を指している<sup>(56)</sup>。

1993年と1994年に公表された医療ガイドラインでは、医療統合ネットワークが経済的リスクを共有する場合——IPA や PHO などのネットワーク組織が医療保険プランとの間で人頭払い方式に基づくサービス供給契約を締結し、診療費用の超過負担が生じたときにネットワーク内で経済的負担を分散させている場合など——に、当該ネットワークに対して合理の原則を適用するという方針が示されていた<sup>(57)</sup>。当初より、医療統合ネットワークにおける経済的リスクの共有は一定の効率性の達成をもたらすため、当然違法原則の適用は適切ではないと理解されたためである。

しかし、この医療ガイドラインは、医療サービス市場の変化に対応して医療機関が採用する様々な手段に対して十分対応していないとの批判を受けた<sup>(58)</sup>。このため、反トラスト当局は、1996年に医療ガイドラインを修正し、経済的リスクが共有されていなくても、ネットワーク組織において診療面での効率性を高める共同事業が存在する場合には、価格等を定めた協定について合理の原則を適用した分析を行うことを表明した<sup>(59)</sup>。これにより、IPA などのネットワーク組織が、医療保険プランに対して (ネットワークに加入する医師が共同で定めた) 診療料金額を提示し、統一的に価格交渉を行っても——これは価格協定とみなされる——、当然違法原則の適用を回避できる新たな道が開かれたと理

解されたのである<sup>(60)</sup>。

医療統合ネットワークにおける共同事業には<sup>(61)</sup>、診療ガイドライン（practice guideline）や治療プロトコル（clinical protocols）、ケースマネジメントを活用したEBM（エビデンスに基づく医療）の推進、疾病管理（disease management）やパフォーマンス度別支払プログラム（pay-for-performance）の実施<sup>(62)</sup>、情報技術を利用した診療記録や診療支援システムの活用などがある。こうした事業の遂行には診療記録の蓄積や多額の費用が必要となるため、開業医が単独で実施することは困難であり、IPAなどの医師ネットワークに参加することではじめて可能となる。

診療の質の向上やサービス供給の効率化を目的とした活動は多岐にわたるため、どのような活動が実施されていれば、ネットワーク組織に診療統合が成立していると判断されるのが問題となる。医療ガイドラインの第8部（「医師ネットワーク組織によるジョイントベンチャー」）によれば、「ネットワーク組織に参加する医師の診療パターンを評価し、その改善を図るとともに、コスト管理と質の確保に関して医師の間に高度の相互依存関係と協力関係を生み出す積極的かつ継続的な活動がネットワーク組織において実施されている」ことが診療統合の成立を判断する手がかりとなるとしている<sup>(63)</sup>。

このような活動として医療ガイドラインは次の3つを挙げている<sup>(64)</sup>。

第1は、コスト管理と診療の質の確保を目的とした内部評価制度の確立である。医療ガイドラインが示す架空の事例（中規模都市におけるIPAの診療統合）では、ネットワーク組織とネットワークに加入する医師の活動成績に関して定期的な評価が実施されている<sup>(65)</sup>。このネットワークの例では、ネットワークが作成した診療基準に基づいて各医師の診療内容について審査がなされるとともに、ケースマネジメントや一定の医療行為についての事前承認制度（pre-authorization）、入院医療に関する審査体制などが導入されている。

第2は、ネットワーク組織の目標達成に貢献する医師を選別し、ネットワークに加入させる仕組みである。

第3に、ネットワーク組織の目標達成に必要な基本的設備や人材確保のために一定の投資が行われていることである。上記のネットワークの例では、情報システムの構築のために設備投資がなされているほか、各種の共同事業の実施に必要な専門の担当者が配置されている。また、ネットワークに加入する医師自身が、一定の時間を費やして診療ガイドラインの作成に参加している。医療ガイドラインは、これらの活動は例示であり、診療統合の具体的な判断にあたっては、ネットワークによる価格協定を正当化するだけの効率性の達成が実際に生じているかを検討するとしている<sup>(66)</sup>。

## 2 診療統合の実例

1996年の医療ガイドラインにおいて診療統合の考え方が示された後も、診療統合を実施するネットワーク組織がただちに増加することはなかった<sup>(67)</sup>。しかし、2000年頃よりアメリカでは給付管理の厳格なHMO型の医療保険プランの加入者が次第に減少し、比較的自由に医療機関を選択できるPPO型の医療保険プランの加入者が増加するという動きがみられるようになった。こうした傾向に対応して、医療統合ネットワークの中には、PPO型の医療保険プラン<sup>(68)</sup>に対して出来高払い方式による医療サービスの供給を開始するとともに、診療統合によってPPOとの価格交渉を正当化しようとするものがあらわれるようになった。ここでは、最近の連邦取引委員会の助言的意見（advisory opinion）<sup>(69)</sup>と同意命令から診療統合の具体的な事例を検討することにしたい。

### （1）MedSouth に対する助言的意見

MedSouth は、連邦取引委員会がはじめて医師ネットワークによる診療統合を認めた事例である。医師ネットワーク（IPA）であるMedSouthは、新たに運営を計画しているジョイントベンチャーがFTC法5条に違反する可能性について連邦取引委員会に助言的意見を求めた。連邦取引委員会は、MedSouthの共同事業計画が診療の質を高め、コストを縮小することで効率性を達成する

可能性を有しているとして、MedSouth が現在の予定どおり事業を実施する場合には反トラスト法上の問題は生じないとの見解を示した<sup>(70)</sup>。

### MedSouth による共同事業計画

MedSouth は、コロラド州デンバーにおいて432名の会員医師（プライマリケア医101名、専門医331名）から構成される営利の医師ネットワークである。従来、MedSouth は医療保険プランとの間で人頭払い方式によるサービス供給契約を締結していたが、2002年に、会員医師の診療活動を統合した新たな共同事業を通じて出来高払い方式による診療サービスを提供することを計画した。

MedSouth の共同事業計画は、治療プロトコル（実施計画書）及び診療ガイドライン、診療情報システムの導入を中心としたものであった。治療プロトコルは診療上の指針を示したものであり、全部で100から150のプロトコルが作成され、主要な診断の80%から90%をカバーすることになっていた。会員である医師自身がプロトコルの作成と定期的な見直し作業に参加することになっており、これらを活用して医師やネットワーク全体の活動状況について定期的な評価を実施することになっていた。また、会員医師が診療情報システムを活用して患者に対する診療内容の向上を図ることが期待されていた。MedSouth によれば、これらの共同事業を通じて、診療内容の標準化や医療事故の減少、サービス提供の効率化などの成果を期待することができるとしていた。

MedSouth は会員から得た情報をもとに統一的な診療料金案を作成し、医療保険プランとの間で契約交渉を行うが、具体的な報酬の請求や支払いは医療保険プランと会員医師との間で行われることになっていた。新しい事業計画では、MedSouth は非排他的なネットワーク組織となる予定であり、会員医師の他のネットワーク組織への加入や医療保険プランとの個別契約は制限されないことになっていた。

## 連邦取引委員会による分析

助言的意見は、MedSouthの共同事業を通じて診療面での効率性が生み出される可能性を認めた。会員である医師が治療プロトコルなどを共同で作成し、実施することを通じて医師の間に相互依存的な協力関係が生み出される可能性があるとした。また、治療プロトコルなどを利用した評価システムを実施することで、質の高い、費用対効果のすぐれた医療が提供されるとしている。医師が単独でこれと同等の効率性を達成することは困難であり、このようなネットワーク組織の形成により他の医師や医師グループとの競争が促進されるとした。したがって、MedSouthに対する当然違法原則の適用は適切ではなく、合理の原則による分析が必要であるとした。

次に、MedSouthによる契約交渉と効率性達成との関係について検討がなされた。共同事業によって効率性の達成が生み出されるためには、会員医師が他の会員も共同事業への参加を継続すると信頼できる状態を生み出すことが必要であり、MedSouthによる統一的な契約交渉によりこれが実現されるとしている。さらに、医療保険プランとの契約が個別的な交渉にゆだねられた場合には共同事業への会員の十分な参加を期待できないことや、統一的な診療料金の設定によって共同事業の成果が参加者に公正に分配されることが指摘された。これらのことから、MedSouthによる契約交渉は、共同事業による効率性と合理的に関連しており、競争促進的な利益の達成にとって合理的に必要なものであるとした。

ただし、現時点では、医師が実際にどの程度まで共同事業に参加するのかは明確ではなく、共同事業への参加が不十分な会員にまで価格交渉の成果がもたらされる場合には、統一的な契約交渉はジョイントベンチャーに付随したものとはいえ、反トラスト法上の問題が生じるとした。また、共同事業の反競争的効果に関して、いくつかの不確定要因が指摘された。第1は、MedSouthの会員数であり、助言的意見が求められた時点での会員数の規模では、ネットワーク外での協調活動を通じて市場支配力の行使が可能になるとした。ただし、

MedSouth が主張するように、新しい共同事業が開始された後に会員数が減少すれば、この危険性は低下するとしている。第2に、非排他的なネットワークという方針を明示しているにもかかわらず、会員医師には、共同事業に参加したコストを回収するために医療保険プランとの個別交渉に応じないインセンティブの存在することが指摘された。このほか、診療ガイドラインのみでは医師の診療パターンを改善することが難しいなど共同事業の実効性に関する問題についても指摘がなされた。

以上の問題点を指摘しながらも、助言的意見は、MedSouth が共同事業計画を予定通り実施する場合には、反トラスト法上の問題は生じないとの結論を示した。

## （2）Brown & Toland に対する同意命令

Brown and Toland Medical Group（以下、「Brown & Toland」という。）は、カリフォルニア州サンフランシスコを拠点とする営利の医師ネットワーク組織（IPA）であり、約1500人の医師が会員となっていた。Brown & Toland はHMOタイプの医療保険プランとの間で人頭払い方式に基づくサービス供給契約を締結し、診療サービスを提供していた。しかし、HMOタイプの医療保険プランから得られる収益が減少したため、2001年にBrown & Toland はPPOタイプの医療保険プラン（以下、「PPO」という。）を対象としたネットワーク組織を設立した。新たなネットワーク組織には、HMOとの契約に参加した会員医師の約3分の1が加入し、出来高払い方式に基づいて診療サービスの提供を開始した。

## 連邦取引委員会の同意命令

2003年7月8日、連邦取引委員会は、Brown & Toland がPPOとの契約交渉をすすめる際に価格協定その他の取引制限によって不公正な方法で競争を妨げており、FTC法5条に違反しているとして審判開始決定書を送達し、Brown &



Toland に対する審判手続が開始された<sup>(71)</sup>。連邦取引委員会によれば、Brown & Toland が PPO との契約交渉の際に提示した診療料金の額は、会員医師が個人で交渉可能な額を上回るものであった。PPO との価格交渉を有利にすすめるため、Brown & Toland は、会員医師が PPO と独自に契約を結ぶことや、Brown & Toland が定めた額よりも低い診療料金で会員が PPO にサービスを提供することを禁止した。また、競合関係にある他の IPA に対して価格競争の中止を求め、合同で PPO との価格交渉を行うことを提案した。

Brown & Toland による従来のネットワーク組織（HMO タイプの医療保険プランを対象としたもの）は、会員医師に対してサービスの質の確保や利用審査、効率的な運営のためのガイドラインに従うことを要求していた。しかし、本件で問題とされた新しいネットワーク組織では、医師の診療パターンや医療の質についての定期的な審査や、診療サービスに関する利用審査は実施されておらず、会員医師は PPO が作成した利用管理ガイドラインに従うことのみが求められていた。以上のことから、Brown & Toland には継続的に診療面での効率性をうみだす共同事業は存在せず、診療統合を理由に PPO との価格交渉を正当化することはできないと判断された。

2004年3月10日、連邦取引委員会は、Brown & Toland の一連の行為により会員医師間での価格その他の条件に関する競争が制限され、医師による診療料金の引き上げが生じたとして、Brown & Toland に対して PPO との契約交渉などを禁止した同意命令を下した。<sup>(72)</sup>

### 同意命令に基づく診療統合

Brown & Toland は同意命令に合意し、定められた条件に基づいて診療面での効率性の達成を図るために、次のような事業の導入計画を示した。①約100の疾病に関する診療ガイドラインと比較評価基準（benchmark）の作成（医師も作成委員会に参加し、ガイドライン等の見直しを行う。）、②診療ガイドラインに基づく利用審査の実施（診療ガイドラインや治療プロトコルを利用して審

査を実施。逸脱した診療事例の原因となった医師には改善プログラムを実施する。最終的に基準を満たさない場合にはネットワークの会員から除外する。)、③ケースマネジメント、疾病管理の実施（糖尿病、HIVなど一定の疾病を対象としたもの。）、④会員医師に対する信用証明審査（credentialing）の実施、⑤診療情報伝達システムの導入（5年間で約1000万ドルを投資。）、⑥診療の質に基づいて医師の報酬額に特別配当金を上乗せする制度の導入。さらに、Brown & Toland を非排他的なネットワークとする方針が示された。

以上の事業計画の提出を受けて、2005年4月5日、連邦取引委員会は Brown & Toland における反トラスト法上の問題は解消されたと判断し、Brown & Toland は PPO に対する診療サービスの提供を再開した。

### （3）Suburban Health Organization に対する助言的意見

Suburban Healthcare Organization（以下、「SHO」という。）は、医療保険プランなどに対するサービス供給を目的としてインディアナ州において設立された非営利の医療統合ネットワーク組織（PHO）である。SHOは、7つのネットワーク組織（それぞれ病院を運営。）と、ひとつの複合医療施設（病院を含む。）から構成されており、SHOに加入する8つの病院は合計192人のプライマリケア医（1次医療を担当する家庭医、内科医、小児科医など。）を雇用していた。

SHOは、新たな共同事業計画に基づき、SHOに加入する各病院のプライマリケア医の診療を出来高払い方式で提供することとした。SHOは、プライマリケア医の診療料金に関してSHOが統一的に医療保険プランと価格交渉を行うことについて、連邦取引委員会の助言的意見を求めた。2006年3月28日、連邦取引委員会は、SHOによる価格交渉と加入病院に対する個別交渉の禁止が競争を不必要に制限するものであり、SHOの事業計画は違法な競争制限にあたる可能性が高いとする見解を示した<sup>(73)</sup>。

## SHOによる共同事業計画

SHOが計画する共同事業は、SHOに加入する8つの病院とこれらの病院で雇用されるプライマリケア医が参加するものであり、次の4つの要素から構成されていた。①医療マネジメント（喘息、心臓血管疾患、糖尿病などの患者に対するモニタリングの実施。これらの疾患に関する診療ガイドラインを作成し、プライマリケア医に配布。）、②診療品質管理プログラム（医師による診療ガイドラインの遵守状況の点検、診療プロセスの評価など。）、③診療支援事業（医師に対して診療内容の向上に必要なガイドラインや治療成果を提供。）、④医師に対するインセンティブの付与（個人と組織に対する評価に基づいてプール資金から医師の報酬に5%のボーナスを上乗せして支給）。このほかに、患者に対する保健指導や疾病予防プログラム、インターネットを利用した診療情報管理などが計画されていた。

## 連邦取引委員会による分析

連邦取引委員会の助言的意見は、SHOの事業計画が競争制限的な内容を含むことから、ジョイントベンチャーの判断枠組みに基づいて検討を行うとした。まず、SHOの共同事業に関して次のような疑問が示された。プライマリケア医を各種の共同事業に参加させて監督する権限は、医師を雇用する各病院が有しており、SHOはこのような権限をもたない。それにもかかわらず、SHOは、各病院が単独で同様の事業を実施することができない理由を十分に説明していないとした。また、（診療統合の判断要素のひとつである）共同事業を通じた医師の相互依存的な協力関係に関して、SHOは、共通の診療目標の設定や診療ガイドラインの作成、品質管理委員会への参加、ピアレビューへの参加を通じて医師たちが協力関係にあると説明するが、これらの活動のみでは、異なった病院間での医師の相互協力関係は判断できないとした。さらに、SHOの共同事業は限られた疾病を対象にプライマリケア医のみが参加するものであることから、共同事業のもたらす効率性は限定的であるとした。

次に、SHOによる統一的な価格交渉が、共同事業による効率性の達成にとって合理的に必要なものであるかについて検討がなされた。助言的意見は、SHOの一部の医師が利用するメッセンジャーモデル<sup>(74)</sup>の仕組みを採用すれば、統一的な価格交渉を行う必要はないとした。また、共同事業は一定の疾病のみを対象としているにもかかわらず、プライマリケア医が担当する全ての診療についてSHOが統一的な診療料金表を定めた理由は明確にされていないと指摘した。

SHOは、次の4つの理由から新しい共同事業にとって統一的な診療料金の設定が必要であると主張したが、助言的意見は、いずれも説得的ではないとした。

第1は、Broadcast Music事件判決<sup>(75)</sup>の枠組みを利用したものであり、SHOは共同事業によって「新製品」を提供するため、プライマリケア医の診療に関して統一した診療料金を設定する必要があるというものである。しかし、SHOの新しい共同事業の下でも、プライマリケア医の診療サービスの性質は基本的に変化しておらず、SHOによる統一的な料金設定は病院間の価格競争を制限するとした。

第2に、SHOは、各病院のプライマリケア医に共同事業への参加を動機付けるために、統一した料金を設定する必要があるとする。しかし、共同事業への参加を決めるのは各病院であり、各病院のプライマリケア医は、病院の指示の下で診療を行っている。このため、統一的な料金設定が各医師にどのようなインセンティブを与えるのかは明らかでない。

第3に、共同事業の成果を各病院が公平に確保するために、統一した診療料金を設定する必要があるという主張に対しては、共同事業に参加する者間でのコストと便益の不均衡は、あらゆるジョイントベンチャーに生じる問題であるが、価格協定では解決できない問題であるとし、病院間での費用負担の調整などで対応すべきであるとした。

第4に、統一的に診療料金を設定し、品質管理プログラムなどにプライマリケア医を参加させることができなければ、SHOに医療事故などによる損害賠償のリスクが増大するとの主張がなされた。しかし、医師をプログラムに参加

させるのは各病院であり、SHOによる統一的な価格設定ではこの問題は解決されないとした。

### 3 診療統合の成立条件

IPAなどのネットワーク組織が経済的リスクの共有を図る場合、医療保険プランから支払われた報酬をネットワークの内部で配分する仕組みが確立されていけば、ネットワークにおいて一定の効率性が達成されるとみなされる<sup>(76)</sup>。これに対して、ネットワーク組織が診療統合を予定する場合には、いかなる要素がネットワークの共同事業に存在すれば診療統合が成立するとみなされるかが問題となってきた。

反トラスト当局は、医療サービス市場での様々な競争制限を取り除くために活動しており、特定の医療システムを推奨することは市場をゆがめるおそれがあるとして、診療統合の具体的な条件をほとんど示してこなかった<sup>(77)</sup>。しかし、本節2でみた事例などにより診療統合の条件はある程度明らかになってきたといえる。ここまでの検討をもとに、診療統合の成立のための条件を確認すると次のようになる。

#### (1) ネットワーク組織による共同事業

1996年の医療ガイドラインは、共同事業の内容として、コスト管理とサービスの質の向上を目的とした内部評価制度の確立をあげていた。本節2で検討した各事例においても、ネットワーク組織の共同事業として、診療ガイドラインや治療プロトコルの作成、これらを活用した医師の診療内容に対する定期的な審査、疾病管理プログラム、診療情報システム、医師に対する経済的インセンティブの付与、ネットワーク組織と医師個人の活動に対する評価制度などが実施されていた。パフォーマンス度別支払プログラムのような新たな仕組みも、今後、こうした共同事業の内容に取り入れられていくものと考えられる。このほかに、診療統合の具体的な判断にあたっては、次のような点が問題とされて

いた。

第1は、ネットワーク組織による共同事業への医師の関与である。MedSouthや（同意命令を受けた後の）Brown & Tolandでは、ネットワーク組織に加入する医師が、他の加入者と共同で治療プロトコルや診療ガイドラインの作成に参加することになっていた。他方、SHOでは、異なった病院間での医師の共同活動はほとんど存在しなかった。反トラスト当局による医療ガイドラインは、共同事業において医師による高度の相互依存的な協力関係の存在することを診療統合の判断材料としてあげており<sup>(78)</sup>、このことはネットワーク組織の共同事業に対する具体的な判断にあたっても重視されていると確認できる。

第2に、共同事業がもたらす効率性である。共同事業がもたらす効率性には、ネットワークによる価格協定などがもたらす反競争的効果を打ち消すだけの競争促進効果が求められる。医療ガイドラインでは、医療ネットワークの共同事業がもたらす効率性として、診療の質の向上や経済的リスクの共有のほか、運営管理費用の効率化やケースマネジメントの改善、規模の経済の実現、取引費用の縮小などが挙げられている<sup>(79)</sup>。このように、反トラスト当局は、達成されるべき効率性の内容を幅広く捉えているといえる。ただし、SHOの事例にみられたように、共同事業の対象や範囲が限られたものである場合には、これにより達成される効率性も限定されたものと評価されることになる。

## （2）ネットワーク組織による統一的な価格交渉の合理的必要性

診療統合を実施するネットワーク組織が当然違法の判断を回避するためには、ネットワークによる取引制限的な行為（統一的な診療料金の設定とこれに基づく医療保険プランとの契約交渉）が共同事業による効率性の達成にとって合理的に必要であることが求められる<sup>(80)</sup>。経済的リスクを共有するネットワーク組織の場合、統一的な契約交渉が効率性の達成にとって不可欠であるため、この点が問題にされることはなかった。しかし、診療統合の場合、ネットワーク組織による統一的な契約交渉と共同事業による効率性との関連性は必ずしも

明確ではない。この点については次のような見解が示されている。

第1は、MedSouthの助言的意見において示された見解であり、ネットワークの会員である医師が継続的に共同事業に参加する状態を維持するために、統一的な契約交渉の仕組みが必要であるというものである。ネットワーク組織による統一的な交渉に基づき、医療保険プランとネットワーク組織との間で契約が締結されると、ネットワーク会員であるすべての医師が自動的に当該契約に参加することになる。このような仕組みをとることにより、(プライマリケア医から専門医への紹介など) 会員医師の相互の協力関係に基づいた共同事業を継続することが可能となる<sup>(81)</sup>。MedSouthには400人以上の医師が加入していたため、このような契約の仕組みがなければ、会員医師が他の医師の共同事業への参加状況を把握することは困難であったとされている<sup>(82)</sup>。

第2は、統一的な診療料金を定めることにより、ネットワーク会員である医師の間で共同事業による利益を公平に分配することが可能になるというものである<sup>(83)</sup>。各種の共同事業に医師が時間や労力を投入したことに対する見返りを保障することで医師の参加を促すことになるとしている。

第3は、共同事業による成果に対するフリーライダーの発生を防ぐために、統一的な価格交渉が正当化されるというものである。ネットワークの成果や評判を利用して他の会員よりも高い診療料金を設定したり、シェアを拡大するために低い料金で個別に契約を結ぶ医師があらわれた場合、他の会員医師たちは共同事業の参加に消極的となり、事業を継続することに困難が生じるとしている<sup>(84)</sup>。

第4に、ネットワーク組織の共同事業による成果を組み込んだ医療サービスを提供できる場合には、ジョイントベンチャーによる「新製品」として統一的な診療料金を設定することが正当化されるとの見解がある<sup>(85)</sup>。SHOに対する助言的意見では、共同事業により提供されるプライマリケア医の診療サービスは基本的な性質が変化しておらず、「新製品」と判断することはできないとされた。

- 
- (56) See HEALTH CARE GUIDELINES, *supra* note 5, Statement 8 (B) (1).
- (57) See Federal Trade Comm'n & U.S. Dep't of Justice, Antitrust Enforcement Policy Statements in the Health Care Area (1993), reprinted in 4 Trade Reg. Rep. (CCH) ¶ 13,151; Federal Trade Comm'n & U.S. Dep't of Justice Statements of Enforcement Policy and Analytical Principles Relating to Health Care and Antitrust (1994), reprinted in 4 Trade Reg. Rep. (CCH) ¶ 13,152.
- (58) Mark J. Horoschak, Antitrust Guidance for Health Care Providers Enters a New Phase, ANTITRUST MAGAZINE 28, 29 (Fall 1996).
- (59) HEALTH CARE GUIDELINES, *supra* note 5, Statement 8 (B). 当時、連邦議会や州議会において（医療統合ネットワークを含めた）医療機関の共同活動に対して包括的に合理的原則の適用を求める法案が提出されたため、反トラスト当局は医療ガイドラインにおいても柔軟な対応が可能であることを示す必要があった。Julie Y. Park, PHOs and the 1996 Federal Antitrust Enforcement Guidelines: Ensuring the Formation of Procompetitive Multiprovider Networks, 91 NW. U. L. Rev. 1684, 1709-11 (1997).
- (60) ネットワーク組織が当然違法原則の適用を回避するその他の方法として、メッセージャーモデルの仕組みがある。これは、ネットワークに所属する医師と医療保険プランとの間の個別契約のための情報を中立的な代理人が伝達するというものである。代理人は医療保険プランとの間で契約交渉は行わない。HEALTH CARE GUIDELINES, *supra* note 5, Statement 9 (C).
- (61) Leibenluft & Weir, *supra* note 2, at §1:9-1:13.
- (62) 疾病管理プログラムとは、糖尿病や喘息、心臓病などの慢性疾患の患者に対して、保健指導やセルフケアのガイドラインなど提供し、疾病の進展を予防することで費用の抑制を図るものである。パフォーマンス度別支払プログラムとは、肺炎や心臓麻痺など特定の疾患に関して一定の治療目標を達成した医師に対して報酬を上乗せするなど経済的なインセンティブを付与するものである。Id. at §1:8.
- (63) HEALTH CARE GUIDELINES, *supra* note 5, Statement 8 (B) (1). 医療ガイドラインでは、PHOなどの医療統合ネットワークにおいても診療統合の成立が認められる可能性があるとしている。Id. Statement 9 (A), (D) (1).
- (64) Id. Statement 8 (B) (1).
- (65) Id. Statement 8 (C) (1).
- (66) Id. Statement 8 (B) (1).
- (67) 診療統合によるネットワーク組織が増加しない理由として、多くのネットワーク組織がメッセージャーモデルの仕組みを利用していること、診療統合の具体的な要件が明確になっていないこと、（診療統合の効果が明確でないにもかかわらず）共同事業の実施には多額の費用が必要であること、医師の中には診療統合のための多額の投資や時間的コストを費やすことを望んでいない者が少なくないことなどがあげられている。Lawrence P. Casalino, The Federal Trade Com-



- mission, Clinical Integration and the Organization of Physician Practice, 31 J. HEALTH POL. POL'Y & L. 569, 573-75 (2006).
- (68) PPOには自ら医師を雇用して診療サービスを提供するものもあるが(本章注(7)参照)、マネジドケア型の医療保険として、医師ネットワーク組織と契約を結んでサービスを提供するのが圧倒的に多いとされている。磯部広貴『アメリカの民間医療保険』(保険毎日新聞社、2006年)27頁参照。
- (69) 助言的意見とは、連邦取引委員会又はその委員が事業者の予定する活動について示す法的見解である。See Jeffrey Brennan, Prospective Guidance FTC Advisory Opinions, available at [http://www.ftc.gov/ogc/healthcarehearings/docs/030626\\_brennan.pdf](http://www.ftc.gov/ogc/healthcarehearings/docs/030626_brennan.pdf).
- (70) Letter from Jeffrey W. Brennan, Assistant Director, Health Care Services and Products, FTC to John J. Miles (Feb.19, 2002) (FTC Staff Advisory Opinion to MedSouth, Inc), available at <http://www.ftc.gov/bc/adops/medsouth.htm> [hereinafter MedSouth Advisory Opinion].
- (71) Complaint, California Pacific Medical Group, Inc., dba Brown and Toland Medical Group, Docket No. 9306 (July 8, 2003), available at <http://www.ftc.gov/os/2003/07/caadmincmp.pdf>.
- (72) California Pacific Medical Group, Inc., dba Brown and Toland Medical Group, D. 9306 (consent order issued May 10, 2004) (FTC Commission Actions: May 11, 2004).
- (73) Letter from David R. Pender, Acting Assistant Director, Bureau of Competition, to Clifton E. Johnson and William H. Thompson, Hall Render, Killian, Heath & Lyman (March 28, 2006) (staff advisory opinion letter re: Suburban Health Organization, Inc.), available at [http://www.ftc.gov/os/2006/03/SuburbanHealthOrganizationAdvisoryOpinion\\_03282006.pdf](http://www.ftc.gov/os/2006/03/SuburbanHealthOrganizationAdvisoryOpinion_03282006.pdf). [hereinafter SHO Advisory Opinion].
- (74) 注(60)を参照のこと。
- (75) Broadcast Music, 441 U.S. at 1.
- (76) HEALTH CARE GUIDELINES, supra note 5, Statement 8 (A) (4), Statement 9(A).
- (77) 2004年に公表した合同報告書において、司法省と連邦取引委員会は、診療統合によって価格協定などを正当化しようとするネットワーク組織を判断する際には次の点に着目するとしている。FEDERAL TRADE COMMISSION AND U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE, IMPROVING HEALTH CARE: A DOSE OF COMPETITION Ch.2 at 40-41 (July 2004). ①診療上の観点から医師は共同で何をやろうとしているのか。(活動の形態、医師個人による従来の活動との相違、共同活動の目的)、②医師たちはどのようにして上記の目的を実際に達成しようとしているのか(必要な基盤設備と投資、実施のメカニズム、実施状況の判定手段)、③個々の医師が実際に上記の目的を達成しようとしているとみなすことができるためにどのような基盤が存在しているか。(個人のインセンティブの付与の仕方など)、④上記の目標の達成からどのような結果が合理的に期待できるか。(期待を裏付ける証拠の存在、成功の可能性)、⑤支払者[医療保険プランなど]に対する統一的な契約交渉は、共同事業の診療面での目標達成にどのように貢献するのか。(統一的な報酬額の設定の合理的必要性)、⑥集団[ネットワーク]の目標達成のた

めに、医師が単一の IPA に排他的に加入することが必要か（又は望ましいか）、あるいは、医師が複数のネットワークに加入し、ネットワーク外でも [個別的に] 契約することが可能か。

- (78) HEALTH CARE GUIDELINES, *supra* note 5, Statement 8 (B)(1).
- (79) *Id.* Statement 8 (B)(2), Statement 9 (B)(3).
- (80) *Id.* Statement 8 (B)(1), Statement 9 (A); COLLABORATION GUIDELINES, *supra* note 20, §3.36 (b).
- (81) Leibeluft & Weir, *supra* note 2, at 34.
- (82) SHO に対する助言的意見は、8つの病院のプライマリケア医のみを対象とした SHO の共同事業では、このような医師間の協力関係を確保する必要性はなかったとしている。SHO Advisory Opinion, *supra* note 73.
- (83) MedSouth Advisory Opinion, *supra* note 70. SHO の加入病院で雇用されているプライマリケア医の報酬は各病院が独自に決定するため、SHO に対する助言的意見では、プライマリケア医の診療料金に関して、この理由づけを用いることについて否定的な見解が示されていた。SHO Advisory Opinion, *supra* note 73.
- (84) MedSouth Advisory Opinion, *supra* note 70; Leibeluft & Weir, *supra* note 2, at §1:18.
- (85) Leibeluft & Weir, *supra* note 2, at §1:18.

(付記) 本稿は2006年度科学研究費補助金（若手 B）による研究成果の一部である。