

米国の医療～オバマケアを中心に

2013年6月18日

医療経済研究機構副所長
岡部陽二

URL; <http://www.y-okabe.org>

E-Mail; y-okabe@hh.ij4u.or.jp

目次

I. 米国の医療システム

- 1、医療システムの優れた面
- 2、医療費概観
- 3、医療保険制度
- 4、医療提供体制

II. オバマ政権の医療改革(オバマケア)

- 1、改革の経緯
- 2、オバマケアの概要
- 3、オバマケアの各論
- 4、オバマケアのインパクト
- 5、保険エクステンジとACO (Accountable Care Organizations)

III. わが国への示唆

I. 米国の医療システム

1. 医療システムの優れた面

- 米国の力強い経済成長、雇用増に大きく貢献
- 世界最高の医療技術、多様で高い水準の薬剤・医療機器と高い技術の正当な評価
- プロの経営者による効率的な医療機関経営による高い労働生産性、優れた臨床医の教育システム、MHA (Master of Healthcare Management) の資格制度の確立と事務職の充実
- 営利・非営利の混在、同じ土俵での公平な競争
- 治療成績公表の徹底により透明性高く、消費者の選択肢豊富
- 水平・垂直統合の進展、IHN・GPOなどによる経営効率化
- 規制は学会・業界団体などによる自主運営が主
- 医師の開業免許など州政府の権限が大きく、地域特性に即したサービスの提供が可能

2、医療費概観

- 総医療費(2012年); 2.8兆ドル、一人当り; 8,937ドル～次スライド5
- 医療費高騰の要因; 医療技術の進歩と高い生活水準(一人当たりGDP)
- 米国人一人当りの医療費増加率～最近10年では年GDPの伸びを平均2.7%上回る(過去40年では2.4%)—図表1-1
- 医療保険料引上げは、インフレ率、賃金の増加ペースを上回る—図表1-2
- 米国人一人当り国民医療費～2014年には1万ドルを超える—図表1-3
- 米国人の出費階層別医療費支出比率～米国人の医療費支出は出費上位5%の人口によって50%が支払われている—図表1-4
- 医療費出費の具体例～日米比較、米国は日本の数倍—図表1-5

- 国際比較
 - ① 高騰する米国の医療費～GDP比は17.6%と高いが、GDPは日本の40%増—図表1-6
 - ② ただし、医療費の伸びとGDP成長率との乖離は、米国が先進国中で群を抜いて高い—図表1-7
 - ③ 一方、総医療費の財源別内訳で見ると、先進国の公的医療費は対GDP比7～8%台でほぼ一定、米国は民間財源を有効活用—図表1-8

米国の総医療費(2012年推計)

- 人口 3億1、391万人(2012年7月1日現在)
65歳以上人口 約4,000万人
- GDP 15.7兆ドル(2012年推計)
- 国民医療費 2.8兆ドル (対GDP比17.6%)
うち医療保険 2.0兆ドル
 - うち private (民間保険) 0.9兆ドル
 - public (公的保険) 1.1兆ドル
 - うち 連邦政府 0.8兆ドル
 - 州政府等 0.3兆ドル
 - うち自己負担 0.3兆ドル (その他;0.5兆ドル)
- 一人当たり医療費 8,937ドル

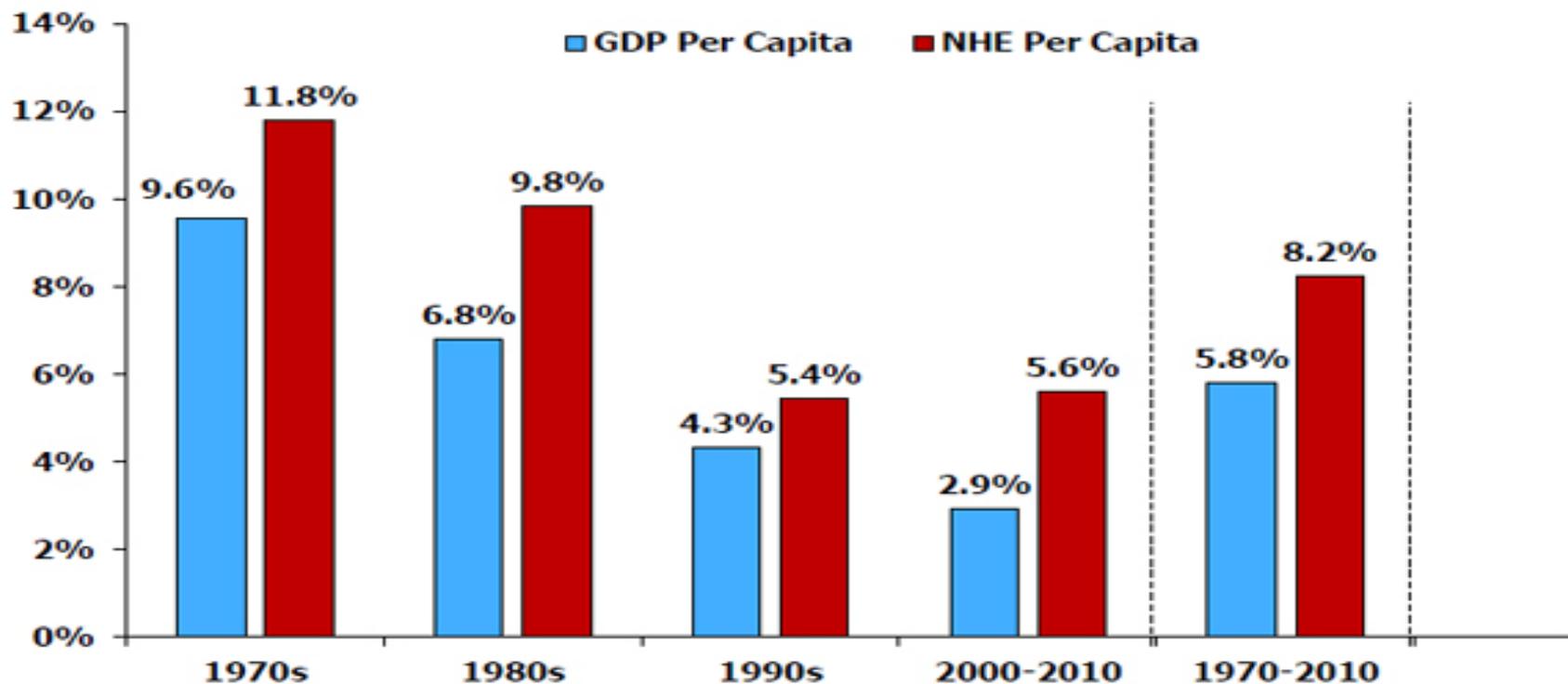
医療費高騰の要因

- 薬剤・医療機器などの医療技術が他の産業分野を凌駕して急速に進歩、医療サービスの価格上昇に繋がっている
- 営利・非営利ともにプロの経営者による医療機関の拡大経営が医療サービスのコストアップに繋がっている
- 公私医療保険制度の分立併存とコストシフティング
- 複雑多岐な保険事務費用・訴訟費用・医療過誤保険料などの非効率性
- 病院代・医師報酬・検査費用など職能別料金体系
- 市場競争至上主義ながら、医療には価格機能が働かない面があること、情報の非対称性
- 政府の規制・関与に対する不信感の存在
- 行き過ぎたロビー活動による費用の増加

2013年3月4日付け“TIME誌、Special Report”参照

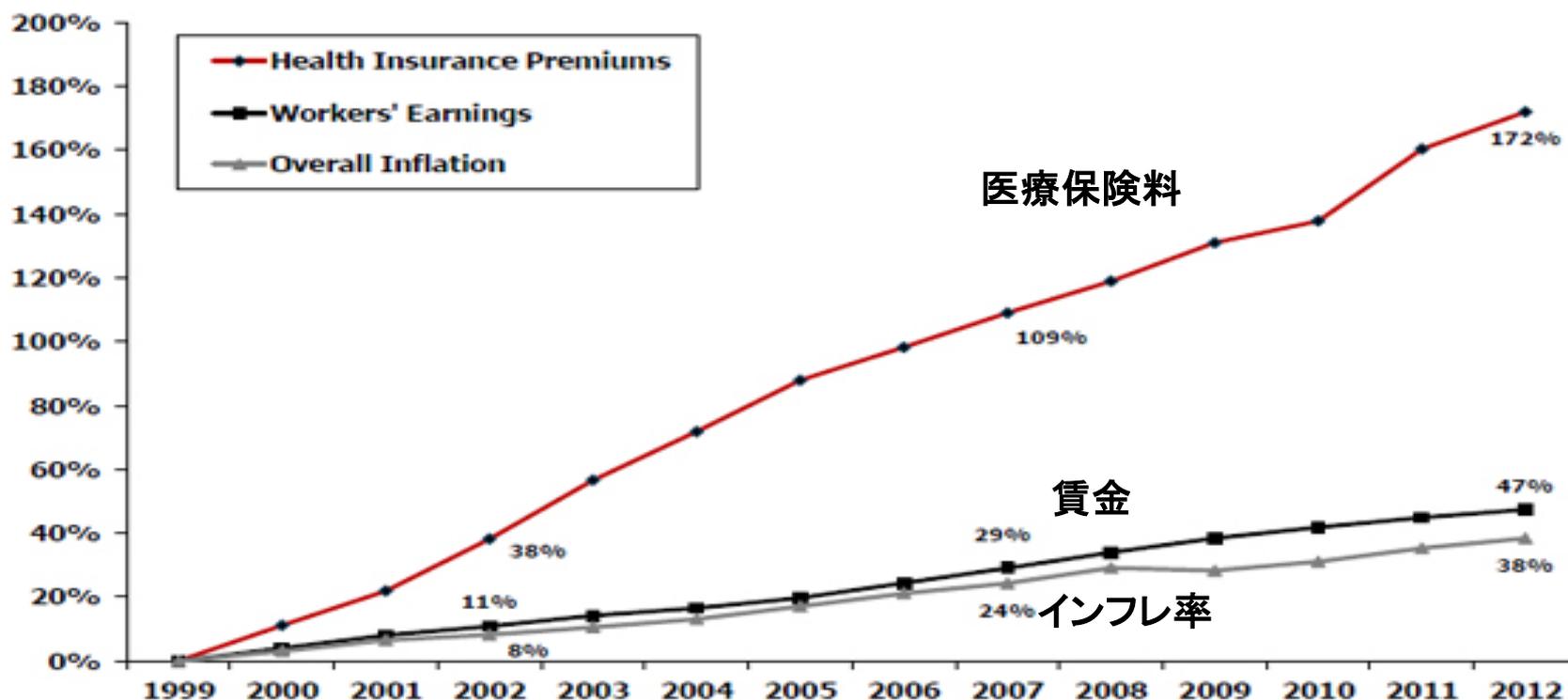
図表1-1、米国の一人当りGDP比の医療費増加率
(%、1970年代～2000年代ならびに過去40年間平均)

Average Annual Growth Rates for Health Spending and GDP Per Capita



図表1-2、医療保険料、インフレ率、賃金の増加ペース (1999年を100とした2012年までの累積増加率)

Cumulative Increases in Health Insurance Premiums, Inflation, and Workers' Earnings

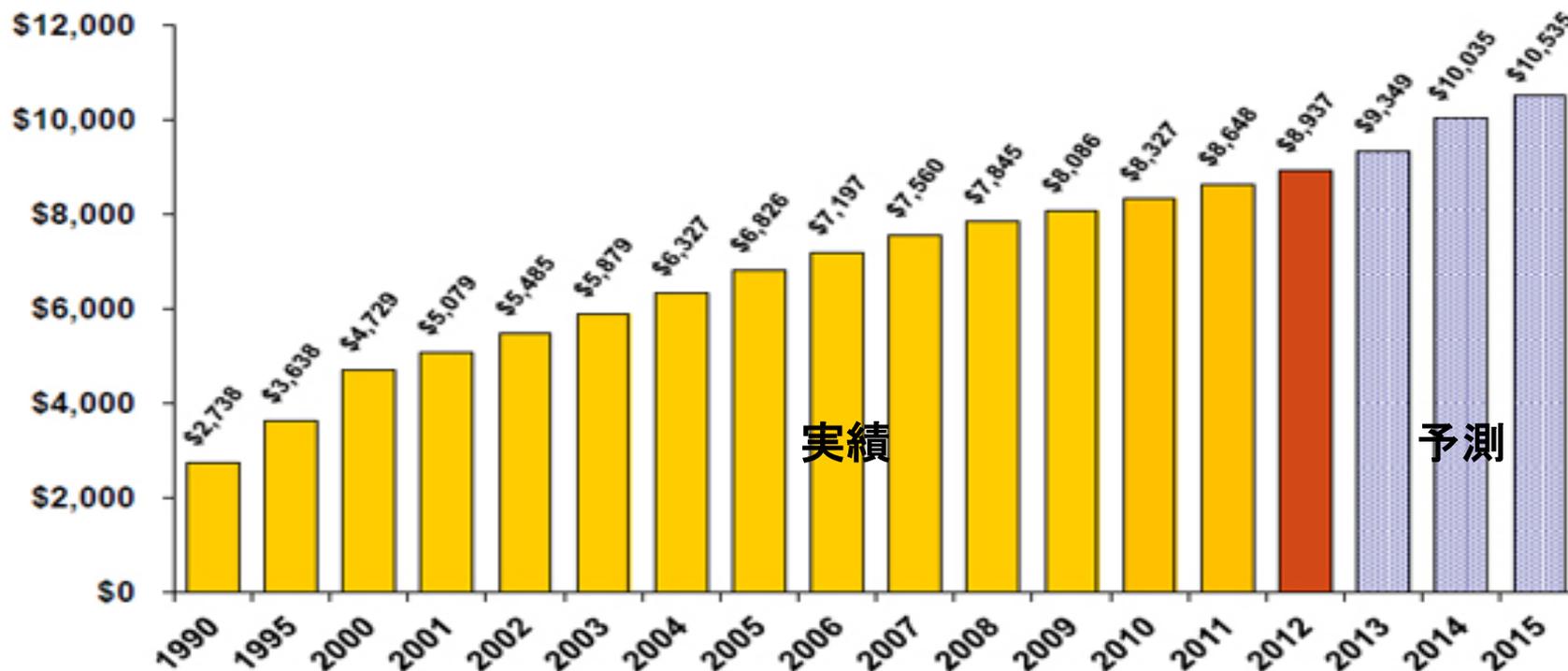


Source: Kaiser/HRET Survey of Employer-Sponsored Health Benefits, 1999-2012.

図表1-3、一人当り国民医療費の推移 (1990年～2015年、実績・予測)

National Health Expenditures per Capita

Healthcare spending in 2010 was \$2.7 trillion, over 17% of GDP.
Per capita spending has increased 70% over the past decade.



Source: Centers for Medicare and Medicaid Services, Office of the Actuary

図表1-4、米国人の出費階層別医療費支出比率

Distribution of Healthcare Expenses for the U.S. Population

Percent of U.S. Population Ranked by Expenses	1977	1987	1997	2007
Top 1 Percent	27%	28%	28%	23%
Top 5 Percent	55%	56%	56%	50%
Bottom 50 Percent	3%	4%	3%	3%

米国人の医療費支出は出費上位5%の人口によって50%が支払われている。

出費下位50%の出費は総医療費支出の3%に過ぎない。

図表1-5、医療費の具体例～日米比較

☆具体例①:例えば、救急車を呼んだ場合

◆日本では・・・

- ・ 救急車で病院に運んでもらう →無料
- ・ 病院で治療を受ける →保険証を提示すれば原則3割
(必要な医療を受けることが可能)

◆アメリカでは・・・

- ・ 救急車で病院に運んでもらう →有料(約2.5万円+走行距離分)(※)
(※ニューヨークでは約2.5万円/回+走行距離1マイルにつき約600円加算)
- ・ 病院で治療を受ける →救急医療が必要と認められなければ、保険給付されない。

☆具体例②:例えば、盲腸の手術をした場合

◆日本では・・・

- ・ 平均費用 約35万円+個室代(保険対象外)
- ・ 患者負担 約3.5万円～4.4万円(75歳以上の高齢者であれば自己負担1割、3割負担でも、高額療養費制度により、月額44,400円以内、平均入院日数 7日間)

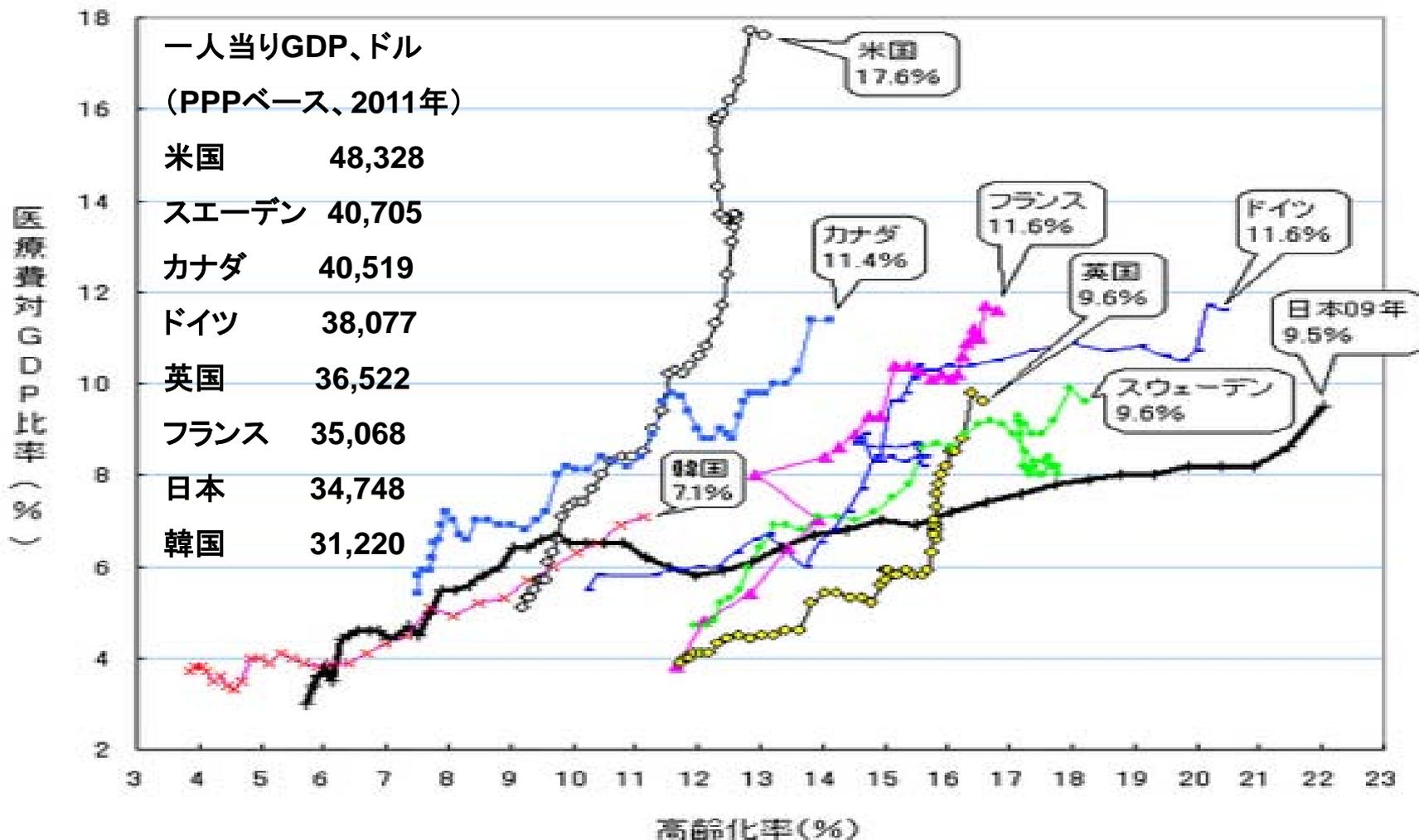
◆アメリカ(ニューヨーク)では・・・

- ・ 平均費用 約244万円
- ・ 患者負担 約10.5万円(65歳以上の高齢者である場合)、平均入院日数 1日

※平均費用及び平均入院日数は、AIU保険海外おたすけハンドブック2000を参照

図表1-6、高騰する米国の医療費

(一人当たりGDPと高齢化率との相関国際比較、1960年～2010年)

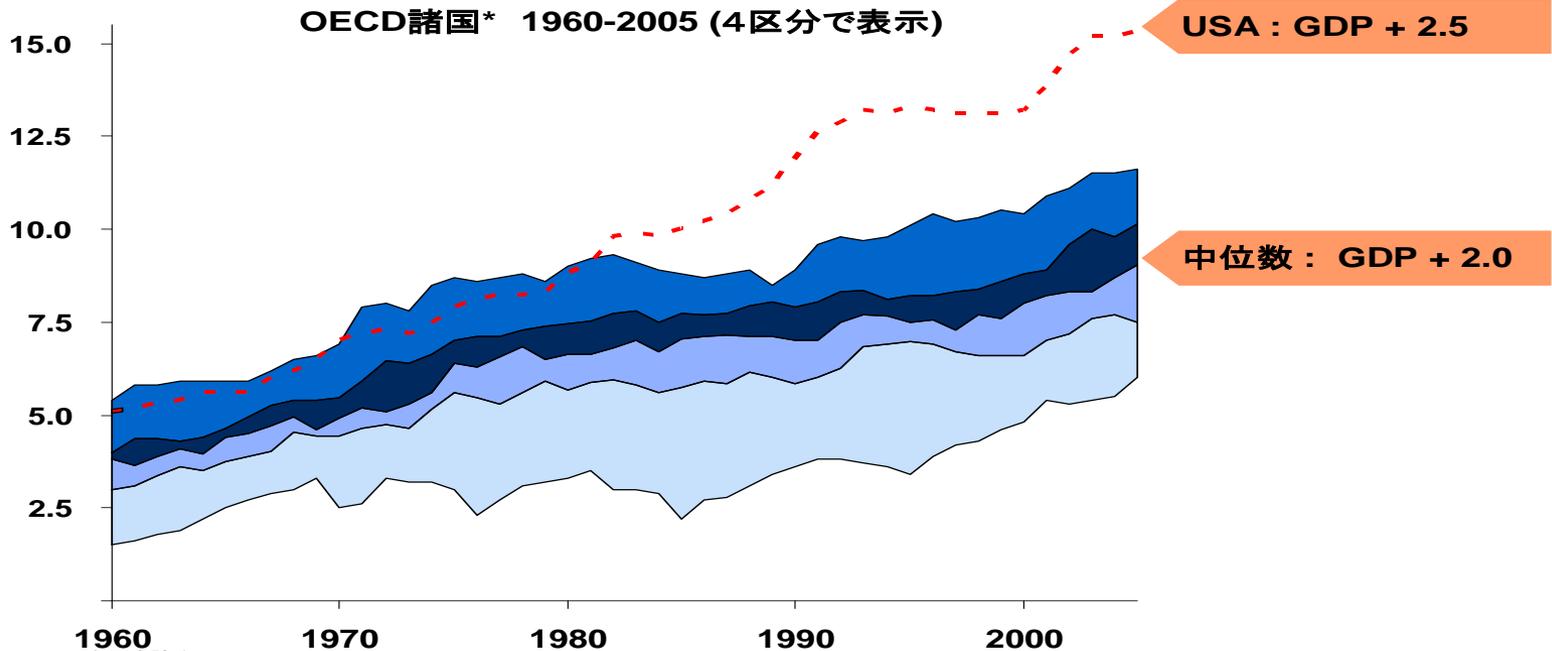


図表1-7、医療費の伸びと経済成長率との関係

(GDPに占める医療費の割合の増加率、1960年～2005年)

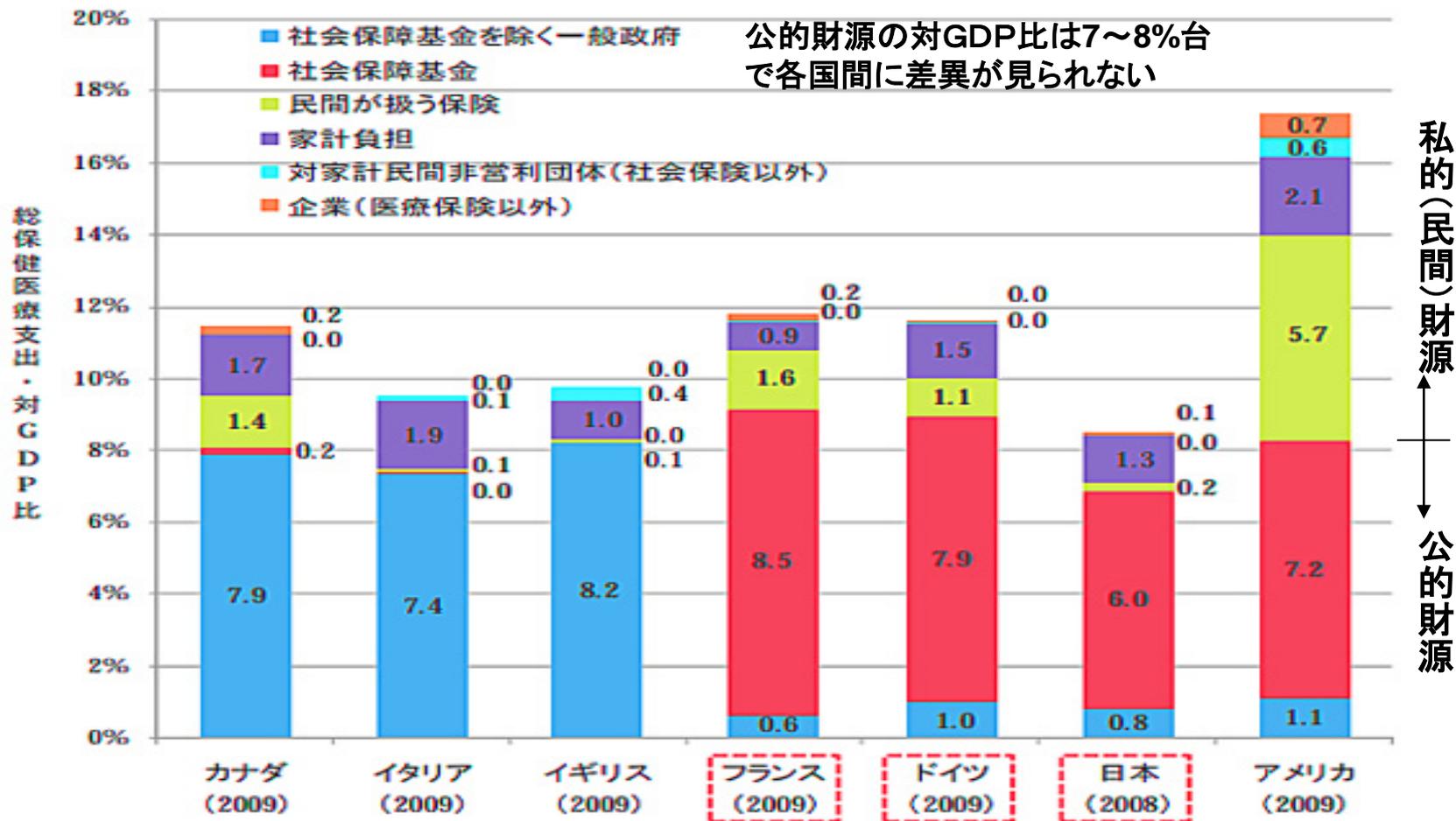
OECD各国においても、医療費はGDPの伸びを平均2%程度上回って伸びている

GDPに占める医療費の割合(%)



* 米国を除く
資料:OECD 1960-2005 (pub. 2007)

図表1-8、総医療費の財源別内訳の国際比較 (対GDP比、2009年)



3、医療保険制度

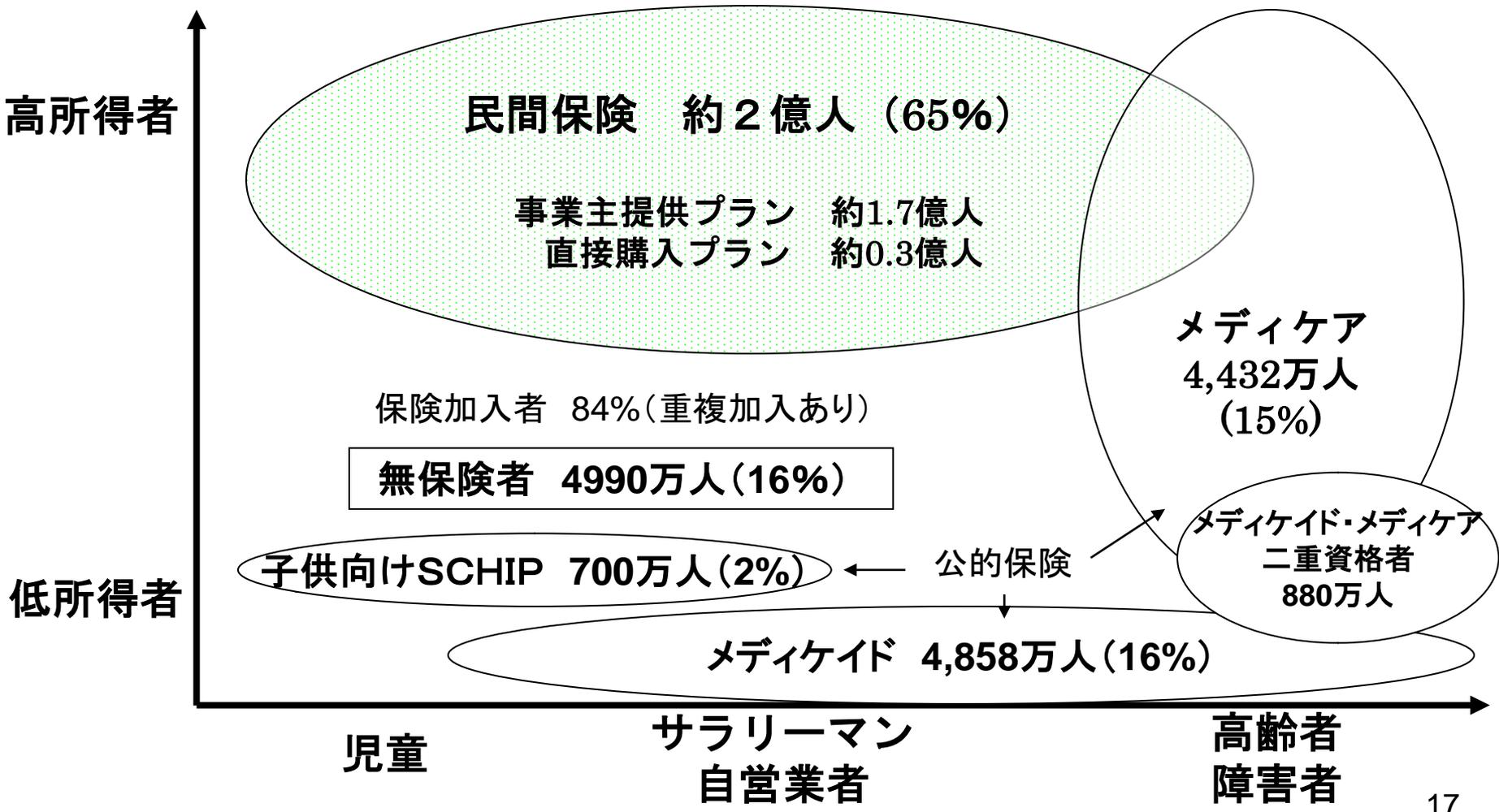
- 米国の医療保険制度の特徴～次スライド16
- 米国の医療保険加入状況概観—図表1-9
- 米国の無保険者問題～オバマケアの中心課題～スライド18
- 医療制度におけるサービス・金銭の流れ—図表1-10
- 米国の公的医療保障制度～スライド20 - 22
 - ①メディケア(1965)
 - ②メディケアパートD(外来処方箋薬給付)
 - ③メディケイド(1965)
- 米国の民間医療保険制度～HMOとマネジドケアの隆盛～スライド23
- 日本と米国の医療保険の違い—図表1-11

米国の医療保険制度の特徴

- オバマケア実現まで先進国では稀な国民皆保険制度の不在国
～1910, 40, 70年代に失敗、1993~4年のクリントン改革も失敗、1935年に公的年金制度は実現
- 公的医療保障制度は限定的
～メディケア(65歳以上の高齢者)、メディケイド(貧困層)が1965年に誕生、州児童医療保険プログラム(SCHIP)も拡充、ただし、メディケアの薬剤給付は2003年から限定的に開始
- 民間医療保険制度が中心的な役割
 - ①企業雇用者提供保険;大企業しか提供できない
 - ②個人購買保険;中小企業の従業員や自営業者などが加入(約2,600万人)
 - ③保険の提供をしない企業や自営個人などは保険料負担が大きく加入困難～無保険者の大量発生

図表1-9、米国の医療保険加入状況概観 (2010年)

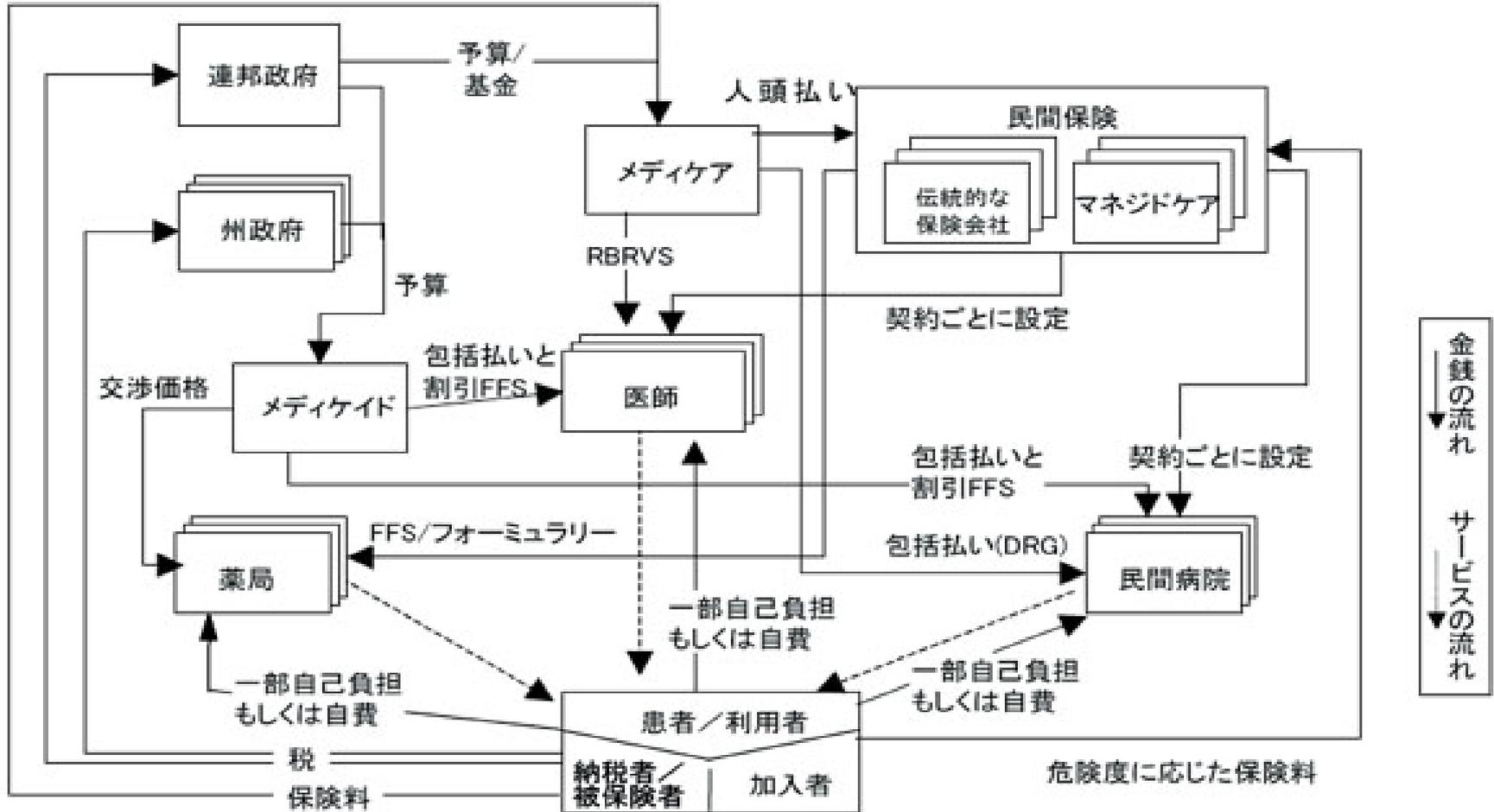
総人口：約3億人（2010年）



米国の無保険者問題～オバマケアの中心課題

- 無保険者 4,990万人（2010年）
総人口の16.3%
（この20年間ほぼ横ばいながら、リーマン・ショック後漸増）
- 中小企業を中心に雇用主提供医療保険の減少
- 経済情勢の急激な悪化
失業率1%上昇 → 240万人がカバレッジ消失
半数がメディケイド・SCHIPへ
半数が無保険へ
- 民間医療保険料高騰による加入忌避→メディケイドの対象とはならない低所得層の増加

図表1-10、医療制度におけるサービス・金銭の流れ





●米国の公的医療保障制度

(1)メディケア(1965)

- 上下院で民主党優位のジョンソン政権下で成立

[パートA-病院費用中心]

- ① 雇用者・被用者からの強制賦課拠出金
(財源; 社会保障税)
- ② 拠出と給付の連関関係が存在(=社会保険)、
所得比例拠出(=所得再分配機能の付与)

[パートB-外来患者に対する医師報酬]

- ① 任意加入、保険料支払いが必要
- ② 定額拠出(ただし、一部一般財源投入つき)

(2) メディケアパートD(外来処方箋薬給付)

- **ブッシュ(子)政権(共和党)下で成立**
2003年 MMA法
(Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act)
加入者は、政府の承認を受けた民間保険会社のプランに任意加入
- **メディケアは医師が処方する薬剤費の約5割を定額(リスク調整付き)でプランに払い、プランは残り5割を加入者からの保険料と一部負担で運営(低所得者への追加支払いあり)**
- **プランは政府の監督のもと標準モデルと保険数理的に同等な範囲で給付設計(保険料、一部負担、給付内容)**
[一種の保険料補助モデル]

(3) メディケイド(1965)

- ジョンソン政権(民主党)下でメディケアと同時に成立
 - ①全額が一般財源(=公的扶助)
 - ②連邦の補助を受けて州が運営
～連邦・州共同プログラム方式
- メディケアと制度的に違う理由
 - ①従来から州レベルで低所得者向け独自プログラムが存在
 - ②立法の経緯
～共和党、米国医師会が連邦・州共同プログラム方式を主張
- 運営を民間保険者へ委託するケースも多い
- メディケアとの併用も可(二重資格者:880万人、メディケイド資格者の18%、2005年)

米国の民間医療保険制度

～HMOとマネジドケアの隆盛～

- ニクソン政権（共和党）

- ① 1973年 HMO法（Health Management Organization Act）

- 政府が医療費削減策としてコストを重視して医療を提供する民間病院に助成金を交付、これを機に発達した民間保険組織

- ② 雇用主提供医療保険の選択肢として義務づけ、1976年以降、連邦助成金の拡大 規制緩和

- レーガン政権（共和党）

- 1982年、TEFRA法（税制均衡財政責任法）によりメディケアからの支払審査を強化

- メディケア受給者のHMO加入促進～公的保険への組み込み

- クリントン政権（民主党）

- 1990年代 マネジドケアの隆盛～多様な償還方式

* ハーバード大学大学院 レジナ・ヘルツリンガー教授著
「米国医療崩壊の構図」（2009年・一灯舎刊）ご参照

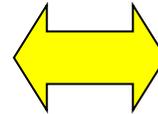
図表1-11、日本と米国の医療保険の違い

【日本】

【米国】

医療保険制度

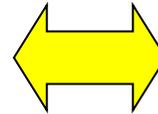
- 国民皆保険



- 65歳以上高齢者等 (メディケア)
- 低所得者(メディケイド)
- 民間保険
- 無保険者

医療サービス

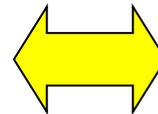
- 入院、外来、薬剤費のいずれも公的保険給付対象
- 患者自身で医療機関を自由に選ぶことができる (フリーアクセス)



- 公的医療保険は提供される範囲が狭い
※メディケア: 日常の介助にかかる費用、補聴器等、歯科診療については基本的に給付されない。
 外来、薬剤は任意加入(追加保険料あり)
※メディケイド: 州によって異なる
- 民間保険会社が「必要」と認める医療が提供(認めなければ保険給付されない)

患者負担

- 原則3割 (70歳以上 1割(※))
※70~74歳以上は来年4月から2割
 ※現役並み所得者は3割



- **メディケア**
外来: 年間135 \$まで医療費は全額患者負担。
 それを超える場合には20%
入院: 60日まで通算1024 \$までは患者負担
 61~90日 1日256 \$までは患者負担
 (90日~150日 1日512 \$を患者負担)
 150日~ 全額患者負担
- 薬剤(外来) 給付対象外(任意サービス)
- **メディケイド** 基本的には自己負担なし
- 民間保険 自己負担はまちまち

4、医療提供体制

- **コミュニティー病院(2010); 4,985** (ほかに軍関係の連邦立病院;240、民間精神病院;477、民間長期入院病院など計約860病院がある)
- **内訳; 州・地方自治体;1,068、非営利;2,904、営利;1,013**
6~99床;2,561、100~499床;2,151、500床以上;273
- **総収入; 2兆1,122億ドル、純収入;7,309億ドル**
—病院の提示価格と実収額の乖離 次スライド26 図表1-12
- **費用;6,779億ドル、利益;530億ドル~最終頁AHA Report参照**
- **米国の病院はかつては入院手術・特殊検査などを中心に行ない外来は救急以外は受け付けない施設であったが、近年垂直統合や提携が進み、ほとんどの病院が医療事業経営(Integrated Healthcare Network, IHN)を形成している**
—米国総合ヘルスケアネットワークの概念図、スライド27 図表1-13
- **病院指標の国際比較**
日米独豪の病院関連指標・国際比較—図表1-14
日米病院の労働生産性比較—図表1-15
日米病院の労働生産性比較—図表1-16

図表1-12、病院の提示価格と実収額の乖離

AHA統計(2010年)によれば、全コミュニティ病院の総収入(Total Gross Revenue); 2.1兆ドルから未収控除分(Deduction from Revenue); 1.4兆ドルを差し引いた純収入(Net Patient Revenue; 0.7兆ドルが病院の実収入額である。この乖離は、慈善医療に加え、下表例にあるとおり、総収入には病院の提示価格を計上、実収額はメディケアで1/2、メディケイドでは1/5に過ぎないことに因る。

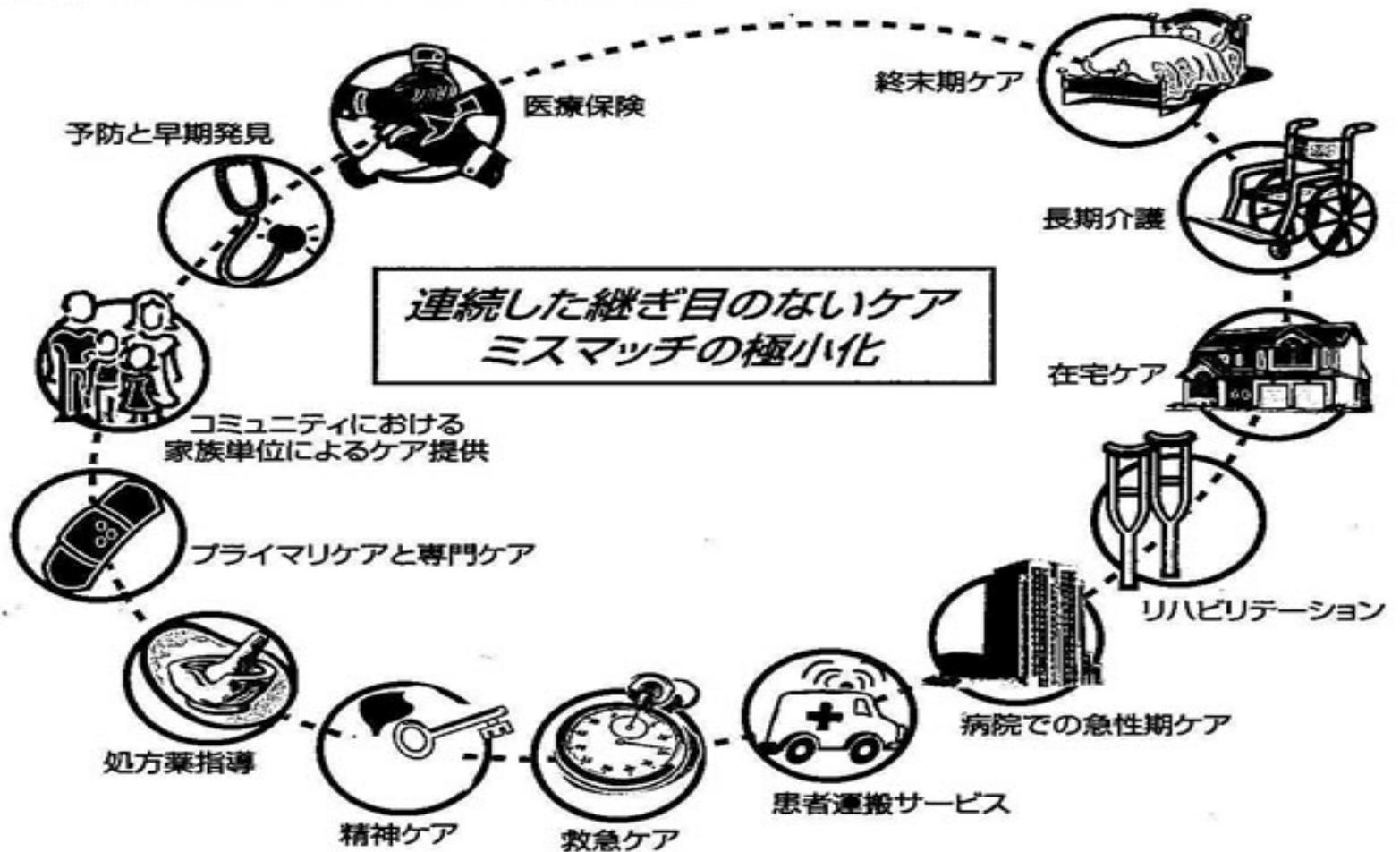
図表1-12 冠動脈ステント挿入時における無保険者と公的保険の医療費の違い

	医療機関の提示 価格(チャージ)	バージニア州のメディケイドを 利用した場合		メディケアを利用した場合	
		メディケイド からの支払額	患者の自己負担額	メディケア からの支払額	患者の自己負担額
救急車利用費	\$1,000	\$165	\$0	\$247	\$62
病院の利用費	\$29,500	\$6,000	\$100	\$15,000	\$876
循環器内科医の技 術料・手技料	\$6,800	\$1,000	\$0	\$875	\$218
合計	\$37,300	\$7,165	\$100	\$16,122	\$1,166

出所; 河野圭子著「病院の外側からみたアメリカの医療システム」(新興医学出版社)p302、

原著; Anatomy of a hospital, the Wall Street Journal, 2004年9月21日号より引用

図表1-13、米国総合ヘルスケアネットワークの概念図



図表1-14、日米独豪の病院関連指標・国際比較

	日本	米国	ドイツ	オーストラリア
人口10万人対病院数 (2004年)	7.0病院	2.0病院	2.6病院	6.6病院
人口1,000人対病床数 (2009年)	13.7床	3.1床	6.2床	3.6床
人口1,000人対臨床医数 (2009年)	2.2人	2.4人	3.6人	3.0人
1病床当たり職員数(常勤換算) (2004年)	1.0人	4.9人	1.3人	n.a
高齢者介護・看護職の65歳以上 人口に占める割合 (2009年)	5.4%	11.9%	3.8%	7.0%
平均在院日数 (2009年)	18.5日	4.9日	9.7日	6.0日

図表1-15、日米病院の労働生産性比較

		日本	米国	米国/日本
医業収入	入院	14.4兆円	407.4十億ドル (39.3兆円)	2.7倍
	外来	5.4兆円	283.1十億ドル (27.3兆円)	5.1倍
	総収入	19.8兆円	690.5十億ドル (64.6兆円)	3.3倍
従業員数	医師	147千人	131千人	0.9倍
	総職員数	1,736千人	5,178千人	3.0倍
一人当り 医業収入	医師一人当り	134.1百万円	5.266千ドル (493.2百万円)	3.7倍
	総従業員 一人当たり	11.4百万円	133千ドル (12.8百万円)	1.1倍

注；日本は2007年度、米国は2009年、換算レート：93.65円/1ドル

出所；日本；OECDのSHA統計および病院報告、米国；AHA Annual Report

図表1-16、同規模病院の国際比較

	日本(800~899 床の一般病院平均(平成18年))	マサチューセツ ツ総合病院(米 国ボストン市)	ハーラッヒング 病院(独ミュン ヘン私立病院)	ストックホルム 南病院(ス ウェーデン)
病床数	836床	899床	864床	560床
医師数	253名 (常勤211名、 非常勤42名)	4,065名 (常勤;1,374名、 協力医;2,691名)	349名	650名
看護職員数	531名	3,409名	684名	2,350名
総従業員数	1,184名	20,477名	1,969名	3,900名
病床当たり の医師数	0.25名(常勤のみ)	1.52名(常勤のみ)	0.40名	1.16名
病床当たり の看護師数	0.63名	3.79名	0.79名	4.20名

出所; 本田宏医師主宰医療制度研究会資料、2008.7.4、病院報告ならびに各病院の年次報告より作成、
日本は精神病院を含む

Ⅱ. オバマ政権の医療改革(オバマケア)

1、改革の経緯

- クリントン改革失敗への反省
- 上下院で民主党優位にもかかわらず、1993年秋に上程されたクリントン皆保険法案は通らず、翌年の中間選挙で民主党敗退
- オバマ大統領の選挙公約～多数の無保険者を無くし、ヘルスケア費用の高騰を抑え、予防と公衆衛生への投資不足を解消することが急務
- 2010年3月に成立したヘルスケア改革法(The Patient Protection and Affordable Care Act of 2010、PPACAまたはACA)の眼目
 - ① 質を確保しつつ、医療コストを削減
 - ② 「支払うことのできる費用でaffordable」「アクセスし やすい accessible」医療を「すべての米国民に」提供
 - ③ 予防の促進、公衆衛生の強化
- オバマ政権の誕生と医療改革をめぐる対立～スライド32-35
- きわめて有利な政治的環境～スライド36
- PPACA法成立後の政治情勢の変化～スライド37

オバマ政権の誕生と医療改革をめぐる対立

● オバマ:「アメリカの統合」「ひとつのアメリカ」を強調

「リベラルなアメリカと保守的なアメリカが存在するのではない。あるのは、一つのアメリカ合衆国だ。黒人のアメリカ、白人のアメリカ、ラテン系のアメリカ、アジア人のアメリカが存在するのではない。あるのは、ただアメリカ合衆国だけだ。」

～2004年7月の民主党大会演説

● 医療改革の現実是最も激しい政治的対立

- ①国民の間の対立; 保険加入者と無保険者、富裕層と貧困層、高齢者と若年層の間の対立
- ②団体の間の対立; 医師会、病院団体、労働組合、企業団体、民間医療保険団体、製薬企業団体などの間の対立
- ③政党レベルでの対立; 民主党と共和党の対立、さらに民主党内でもリベラル派と穏健派(保守派)間の深刻な対立

～医療改革をめぐる2大政党間の基本的な対立の構図; 次スライド

医療改革をめぐる基本的な対立の構図

- 民主党リベラル派～政府の役割を重視
 - ①公的保障の拡張、公的規制の強化～シングル・ペイヤー
 - ②増税に肯定的、積極財政出動にも肯定的
- 民主党穏健派(保守派)～企業の役割を重視
 - ①企業雇用者提供民間保険制度を重視
～政府(リベラル)でも個人(共和党)でもない「第三の道」
 - ②公的保険の拡充は最小限に留め、民間・市場原理を活用
 - ③無保険者は無くすが、財政規律遵守・増税には批判的
- 共和党～個人の役割を重視
 - ①個人購買保険や個人の自己責任による医療費管理を重視
 - ②自己負担の範囲を増やし、医療貯蓄口座を導入
～医療・保障制度改革をめぐる対立の構図(1) & (2)参照

医療・保障制度改革をめぐる対立の構図(1)

政党(党派)	民主党リベラル派	民主党穏健派(保守派)	共和党
イデオロギー	リベラリズム	「第三の道」	保守主義
改革アプローチの重点	政府	企業	個人
主な無保険者削減の手段	公的な医療保険制度の拡張	企業雇用者提供保険制度を中心とする民間保険の拡張	政府や企業を介さず個人が直接購入する民間保険の促進
主な医療費抑制の手段	政府による公的な規制予算総枠制度の導入 一元的な公的医療保障制度の導入による管理運営の集権化・合理化	企業雇用者提供保険制度などの民間保険を中心とする保険プラン間の市場競争促進 公的医療保障制度の民営化	個々人での医療費の拠出・自己管理の促進によるコスト意識の醸成 医療貯蓄口座の促進 公的医療保障制度の民営化
既存の民間保険制度の位置づけ	縮小・廃棄	その問題点に対処する一方で、維持・拡張	より個人の自由と自己責任を重視する方向へと変革

医療・保障制度改革をめぐる対立の構図(2)

政党(党派)	民主党リベラル派	民主党穏健派(保守派)	共和党
財政的手法	増税	税額控除	税額控除・医療貯蓄口座
改革の規模	抜本的(国民皆保険)	抜本的(国民皆保険)	漸進的
具体的アプローチ	シングル・ペイヤー・システム	管理された競争	消費者主導医療
概観	<p>政府による公的医療保障制度の拡張によって、すべての人間が平等に保険に加入するシステムを構築する。</p> <p>政府のもとでの一元的な国民皆保険制度を構築(さらに公的規制を強化)し、管理運営コストの削減を図るなど、システムの合理化・効率化によって医療費の抑制を図る。</p>	<p>公的医療保障制度(や公的規制)は必要最低限度に抑え、むしろ民間保険、とくに現在支配的な位置を占める、企業雇用者が提供する民間保険制度の維持・拡充を図る。</p> <p>とりわけ税額控除の提供といった政策手法を重視する。市場競争の促進、公的医療保障制度の民営化、財政均衡の実現にも積極的である。</p>	<p>政府や企業ではなく、個人が自由と自己責任のもとに直接保険を購買し、自ら医療費を拠出・管理するシステムを重視する。</p> <p>そのため、個人購買保険の促進、医療貯蓄口座の創設、コスト・シェアリングの増額などを図る。</p> <p>消費者がコスト意識を持って、そして自由な選択のもとに、医療サービスを購買するシステムの導入を図る。</p>

きわめて有利な政治的環境

- 医療問題の深刻化
 - ① 経済不況の深刻化による保険提供のとりやめ拡大
 - ② 失業率の上昇～無保険者数の増加
- 議会での民主党優位～上院60(/100)、下院255(/435)
 - ① 上院でのフィリバスター(議事妨害)を回避できる60議席
 - ② ただし、民主党内が一枚岩でない点が問題
- 州レベルでの改革の進展
 - ～2006年4月のマサチューセッツ州での州民皆保険実現
- 主要団体も激しくは反対せず、むしろ好意的
 - ～一方、共和党保守系ティーパー・ティーの反対デモ活発化

PPACA法成立後の政治情勢の変化

- 2010年の中間選挙での下院民主党敗退
- 2012年の大統領選でオバマ大統領は再選されるも、下院では民主党敗退、上院でのフィリバスターを阻止できる60議席絶対多数も喪失(大統領選得票率では、51%対49%と僅差)
- オバマ大統領への追い風
 - ①上院では民主党が55議席の過半数を確保、下院通過の法律を上院で阻止できること
 - ②共和党候補のロムニー氏はマサチューセッツ州で州民皆保険を実現した際の州知事、共和党過激派に譲歩して皆保険反対に転じ、自らの過去を否定した無信条さへの批判
 - ③皆保険違憲訴訟、連邦裁判所上告審での原告敗訴

2、オバマケア(2010年ヘルスケア改革法)の概要

(1)健康保険の給付内容・対象者

A. 当事者の義務、公的制度拡大、補助金

- **個人の保険加入義務(individual mandate)**； 個人に保険加入を義務づけ、2014年以降、加入しない者にペナルティーとして課税する
税率は漸増、2016年以降は年\$695または課税所得の2.5%の何れか高い額
- **雇用主の保険提供要件(employer requirement)**； 従業員数200人以上の企業には保険提供を義務づける。それ以外の雇用主には義務は課さなれいが、提供しない場合には罰金が課される
罰金額は従業員一人について\$2,000~\$3,000
- **公的制度の対象拡大(expansion of public program)**； メディケイドの対象となる貧困認定水準の引上げ、子供・妊婦等も含める
- **個人の保険料負担への援助(premium & cost-sharing subsidies to individuals)**； 低所得者に対する保険料補助制度を新設
- **雇用主に対する補助(premium subsidies to employers)**； 従業員数25名以下の小規模雇用主に補助金を支給

B. 保険加入を可能にするExchangeの創設

- 個人と従業員100名以下の小規模雇用主が購入できる保険組織を州単位で設立

C. 保険市場改革

- 保険料の決定は健康条件によらずに、年齢、地域別・家族構成・喫煙による保険料区分とする
- 連邦政府による保険給付設計への関与 (benefit design)

● 民間保険改革

①既往症に基づく免責の禁止、②損害率が当初予定を下回った場合の保険料返戻、③26歳までの被扶養者を給付対象にする、などの規制を追加。

(2)ヘルスケアコストのコントロール

- メディケイドにおける償還方式の変更
- Accountable Care Organization (ACO)を組織し、費用を節約すれば、その節約分の一部を受取る方式の導入

(3)ヘルスケア提供システムの改善

- Long-term Careにおける介護保険制度 (Community Living Assistance Services and Supports (CLASS)の新設など

3、オバマケアの各論

1. 質の確保、医療コスト削減

[患者・プロバイダーサイドの対策]

- 医療情報システムへの公的投資(5年間で100億ドル)
- 医療の費用と質のデータ(医療過誤、看護スタッフの割合、院内感染などを含む)の報告を病院等に義務づけ
- 医療の質に応じた診療報酬支払いの広汎な導入(パフォーマンス基準の達成により支払いを加算)~ACOの導入
- 相対的有効性(comparative effectiveness)に関するレビューと研究を行う独立機関の設立
- 慢性病患者へのディジーズマネジメントプログラムの提供を公的保険で義務づけ
- 医療過誤対策の推進、医師向けの医療過誤保険の保険料高騰を抑制

[対民間医療保険業界]

- **競争の促進(競争がない地域での給付割合の維持、独占的地位の乱用防止)**
- **管理費用の割合の公表の義務づけ**
- **メディケアアドバンテージ(パートC)への支払い削減**

[対製薬業界]

- **他国からの安全な医薬品の輸入の容認**
- **公的プログラムにおけるジェネリック薬使用の増大**
- **新薬メーカーによるジェネリック薬上市妨害の禁止**
- **メディケアによる製薬会社との価格交渉の解禁(300億ドルの節約)**

2. 「支払うことのできる費用で」「アクセスしやすい」医療の「すべての国民」への提供

- 民間保険会社に、健康状態・病歴を問わない保険プランの提供を義務づけ
- 認定民間保険プラン及び新公的プランの中から保険プランを購入できる国民医療保険エクスチェンジを創設～スライド45-46
- 個人向けの所得比例保険料税額控除の創設
- 一定の質が担保された保険プランにつき中小企業向けの税額控除の創設(保険料の5割まで)
- 従業員に一定以上のカバレッジの保険を提供しない大企業に、給与総額の一定割合を全国プランの費用に対して拠出することを義務づけ(中小企業は免除)
- すべての児童にカバレッジ拡大、25歳以下の若年層の保険適用を促進
- メディケイド・SCHIPの受給資格を拡大

3. 公衆衛生施策の強化

- 職域における介入を支援、人材養成の充実
- 学校における検診プログラムや診察及び体育教育や学生向け教育プログラムへの財政支援強化 委託業者との契約ポリシーの見直し支援
- 地域における予防的介入のための財政支援強化
- 連邦・州・自治体政府における緊急時対応能力の向上・人材採用への投資、試験研究施設の近代化、公衆衛生施策の再点検

4. その他(例示)

- 医療機器に2.3%の“Excise Tax”(売上税)を利益計上の有無にかかわらず賦課(2014年より)
- 製薬企業による医師や研修病院への10ドル以上の支払いを公表、違反には罰金(サンシャイン条項、2013より実施)

4、オバマケアのインパクト

- ①団体保険中心、②雇用主提供システム、③低所得者・高齢者向け公的制度和民間保険の混合は不変
- 上記の対象とならない無保険者の新規カバーがオバマケアの最大の狙い
- 国民にとっては、保険料と保険のメリットを勘案して無保険を選択する自由は無くなる。保険料よりも高い罰金が課されるからである
- 企業にとっても、保険を提供しない自由はほとんど無くなる
- 保険業者にとっては、連邦政府が保険条件の細部まで介入するようになり、被保険者の選択が規制されるなど、事業モデルの変更を迫られる
- 病院、製薬会社、医療機器メーカーにも負担が強いられる

5、保険エクステンジとACO

(1) 保険エクステンジの概要

- 「医療保険エクステンジ」は、マサチューセッツ州をモデルに各州に創設-スライド47。連邦政府の役割は支援に留まる
- エクステンジは原則として州政府が運営、①参加プランには既存の公的プラン並みの質と効率性の基準を要求、②各プランを評価して価格などの相違点を透明化する
- 2012年末までに18州が自主運営を申請済み、未申請州については2016年までCMSが暫定的に民間委託で運営する
- エクステンジには適格と判断された複数の保険給付プランが用意され、個人と小規模事業主がその中から選択する
- エクステンジにはNavigator Programを導入。保険加入者への情報提供や加入手続、苦情処理などを行なう
- エクステンジの運営主体は、個人の補助金受給の決定、保険者への補助金支払業務なども行なう

(2) エクスチェンジの課題

- 従来、各州が主管してきた民間保険の規制・監督に連邦政府が統一基準で深く介入することへの抵抗感。各州議会での新立法が必要ながら、取組み姿勢の濃淡が大
- 対象者が個人と小規模事業者であるため、対象の把握、情報の徹底が困難
- 公的性格の強いエクスチェンジで、市場原理を活用して当事者のリスクを配分し直す仕組みでの保険プランの選択が真に可能であろうか。試行錯誤を繰り返すしかない
- 逆選択禁止などの締め付け強化に対する民間保険業者からの反発
- 罰則強化への国民からの反発

マサチューセッツ州の州民皆医療保険

- マサチューセッツ州のヘルスケア改革法； 2006年にロムニー州知事が署名、2007年7月1日から施行
- 同法は州民全員に医療保険へ加入することを義務付け、税金申告時にチェックして、未加入者には保険料よりも高い罰金を課す。低所得者には保険料支払に財政支援を行なう
- 無保険者数は、改革法施行前2005年の55万人から施行後の2008年には11万人(州民の2%)へ減少。さらに、罰金額を引上げて、無保険者ゼロを目指している
- 改革法への住民の支持率も2006年の61%から2008年には69%へ上昇
- 同州に設立された「保険エクスチェンジ」が、オバマケアでのモデルとなっている
- ロムニー氏は連邦と州とは異なるとしてオバマケアに反対

(3) ACO (Accountable Care Organizations)

- メディケア保険の報酬支払いに使われるモデル～スライド50
- 地域の病院と開業医・専門医が一つの診療母体を形成
- 一つの診療母体が数千人規模の患者を担当し、外来初診から入院、退院後のフォローアップまで継続的にケアを提供
- 診療母体は電子カルテ・システムなども共有
- 診療母体は、医療の質を高めるために、さまざまな指標を通じて医療の質を管理し、質の向上に努める
- これらの必要条件を揃えるとACOに認定され、特別な保険支払いプログラムが適用される
- このプログラムでは担当する患者数などを基に従来の医師出来高払いや病院DRG払い制で計算される「予想されるコスト」と「ACOの実際のコスト」の差額の何割かがその診療母体にインセンティブとして払い戻される
- 医療の質に関しても指標の達成度に応じて評価される

(4) ACOの課題

- ACOの医療コストに与える影響は限定的
 - ①診療母体の決算は年一回、毎月の支払い方式は変わらない
 - ②病院・専門医・開業医間の利益相反
 - ③節減額は重複する検査や受診の減少などの効果で、せいぜい1割程度内か
 - ④節減メリットはメディケアと医療提供者に帰属し、患者は無関係
- 医療の質の改善; 電子カルテなどによる情報の共有は効率化には資するものの、平均余命やQALYといった客観的な指標で評価するのは困難 (もともと、患者を含め、すべての関係者が質の改善に同じ方向で取組む意義は大きい)
- 病院と開業医のグループ化の促進、グループ間の競争によるアウトカムの向上やコスト削減には意味があるが、計測困難

ACOの2モデル

(Pioneer ACOとShared Savings Program)

	Pioneer ACO	ACO Shared Savings Program
Launch Date	12-2011	2 nd round applications due 3-2012
Participants	32 (160 LOI, 80 apps) (32の診療母体)	TBD (未定)
Duration	3 yrs., optional 2 yrs. more based on performance	3 yrs.
Risk Exposure	Significant -- "Benchmark expenditure" TBD	7.5% cap for losses/savings yr. 1-3 10% cap for losses/savings yr. 1-3
Metrics	"Outcomes-based"	33 "quality" measures (質の計測指標)
Payment Methods	Year 1-2: FFS Shared savings/losses ¹ Year 3: Population based (PMPM)	Years 1-3: FFS (Fee for service)
Beneficiary Status	15,000 Medicare (if rural, 5,000) Assigned by PCP (Primary Care Physicians) Informed Free to move in/out	5,000 Assigned by PCP Naïve Free to move in/out
Commercial Link	ACOs required to engage in similar arrangements	N/A
Advance Payment Model	N/A	Financial support to physician-owned and rural providers needing start-up funds for staff, IT, etc.

出所: Jan.24,2013 "The Essence of Accountable Care" by Jill E. Sackman, Senior Consultant, Numerof & Associate, Inc

Ⅲ. わが国への示唆

- 徹底した財政規律遵守の方針

国民皆保険化に要する費用は、増税、関連業界からの拠出、既存制度からの捻出で賄い、財政赤字は10セントたりとも増やさない

(わが国の議論は、財政赤字容認、欧米に比して格段に低い医療保険料の引上げ反対～医療保険料の水準; 独: 14.6%、仏: 13.9%、日: 協会けんぽ: 8.2%、組合健保平均: 7.3%)

- 保険加入を拒否する個人への罰則導入

保険料の支払能力があるにもかかわらず、支払わない者には罰金として税金を課す。その税率は漸増、2016年以降は最大年\$2,085(約20万円)または課税所得の2.5%の何れか高い額

(わが国では、国保の保険料不払いが拡大、保険料滞納者が加入者所帯数20百万世帯の2割を超えているが、医療法には罰則規定なし、条例で科すことはできるが実効性なし)

- **企業への医療保険給付を義務化**

従業員数200人以上の企業には保険提供を義務づける。200人以下の雇用主には義務は課さなれいが、提供しない場合には、従業員一人について\$2,000~\$3,000を支払う。

(中小企業を対象とするわが国の協会けんぽには、加入義務の規定はあるが、不加入企業への罰則規定はない。そのため、加入済みの1.5百万事業所に対し、0.3百万事業所が未加入である。また、大企業が組合健保を解散するケースも相次いでいる。)

- **ヘルスケアコストのコントロール**

ACOに見られるような医療費を節減した医療機関へのインセンティブ付与

(わが国では、逆に病診連携などに追加報酬を支払う。)

- **予防の促進、公衆衛生の強化を医療保険に取り込み**

(わが国では、予防や検査は原則として保険不適用)

TABLE 3

TOTAL UNITED STATES

*U.S. Registered Community Hospitals
(Nonfederal, short-term general and other special hospitals)*

**Utilization, Personnel, Revenue and Expenses,
Community Health Indicators 2006–2010**

	2010	2009	2008	2007	2006
TOTAL FACILITY (Includes Hospital and Nursing Home Units)					
Utilization - Inpatient					
Beds	804,943	805,593	808,069	800,892	802,658
Admissions	35,149,427	35,527,377	35,760,750	35,345,986	35,377,659
Inpatient Days	189,593,349	192,656,804	196,078,468	194,549,348	196,366,512
Average Length of Stay	5.4	5.4	5.5	5.5	5.6
Inpatient Surgeries	9,954,821	10,100,980	10,105,156	10,189,630	10,095,683
Births	3,818,399	3,959,605	4,073,724	4,077,962	4,075,193
Utilization - Outpatient					
Emergency Outpatient Visits	127,249,317	127,298,193	123,024,024	120,811,299	118,374,029
Other Outpatient Visits	524,174,400	514,655,249	501,074,272	482,489,075	481,178,996
Total Outpatient Visits	651,423,717	641,953,442	624,098,296	603,300,374	599,553,025
Outpatient Surgeries	17,357,177	17,357,534	17,354,282	17,146,334	17,235,141
Personnel					
Full Time RNs	1,055,118	1,029,828	984,649	950,064	900,326
Full Time LPNs	76,503	82,159	86,750	89,577	93,038
Part Time RNs	477,739	477,699	487,480	482,239	476,549
Part Time LPNs	29,164	31,647	35,602	38,213	39,712
Total Full Time	3,989,587	3,971,118	3,919,415	3,846,287	3,720,405
Total Part Time	1,427,136	1,434,492	1,460,487	1,441,216	1,431,738
Revenue - Inpatient					
Gross Inpatient Revenue	\$1,224,790,498,627	\$1,154,085,466,645	\$1,090,598,012,951	\$1,013,168,556,764	\$939,459,919,425
Revenue - Outpatient					
Gross Outpatient Revenue	\$887,419,059,972	\$802,893,402,009	\$711,918,761,681	\$632,728,034,944	\$570,420,556,680
Revenue and Expenses - Totals (Includes Inpatient and Outpatient)					
Total Gross Revenue	\$2,112,209,558,599	\$1,956,978,868,654	\$1,802,516,774,632	\$1,645,896,591,708	\$1,509,880,476,105
Deductions from Revenue	1,435,826,277,742	1,309,916,141,834	1,191,615,889,365	1,072,315,472,850	969,154,780,687
Net Patient Revenue	676,383,280,857	647,062,726,820	610,900,885,267	573,581,118,858	540,725,695,418
Other Operating Revenue	41,269,017,419	38,997,453,520	37,136,577,114	35,765,948,073	34,170,257,365
Other Nonoperating Revenue	13,251,393,842	4,467,480,534	-4,453,107,631	17,000,138,209	12,172,041,974
Total Net Revenue	730,903,692,118	690,527,660,874	643,584,354,750	626,347,205,140	587,050,913,892
Total Expenses	677,968,038,012	656,156,258,314	626,576,957,912	583,252,287,933	551,835,328,219
HOSPITAL UNIT (Excludes Separate Nursing Home Units)					
Utilization - Inpatient					
Beds	755,091	755,286	753,905	743,401	742,652
Admissions	34,935,503	35,304,455	35,522,351	35,087,765	35,095,084
Inpatient Days	173,686,925	176,511,062	179,043,949	176,068,211	177,215,236
Average Length of Stay	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Personnel					
Total Full Time	3,955,083	3,930,304	3,875,073	3,795,278	3,671,780
Total Part Time	1,407,838	1,413,237	1,436,850	1,416,918	1,406,083
Revenue and Expenses - Totals (Includes Inpatient and Outpatient)					
Total Net Revenue	\$726,685,542,179	\$686,454,003,753	\$639,389,781,304	\$621,836,200,340	\$580,082,238,834
Total Expenses	674,188,184,839	652,470,080,058	622,828,801,705	579,272,589,469	547,742,177,612
COMMUNITY HEALTH INDICATORS PER 1000 POPULATION					
Total Population (in thousands)	309,051	307,007	304,375	301,580	298,593
Inpatient					
Beds	2.6	2.6	2.7	2.7	2.7
Admissions	113.7	115.7	117.5	117.2	118.5
Inpatient Days	613.5	627.5	644.2	645.1	657.6
Inpatient Surgeries	32.2	32.9	33.2	33.8	33.8
Births	12.4	12.9	13.4	13.5	13.6
Outpatient					
Emergency Outpatient Visits	411.7	414.6	404.2	400.6	396.4
Other Outpatient Visits	1,696.1	1,676.4	1,646.2	1,599.9	1,611.5
Total Outpatient Visits	2,107.8	2,091.0	2,050.4	2,000.5	2,007.9
Outpatient Surgeries	56.2	56.5	57.0	56.9	57.7
Expense per Capita (per person)	\$2,193.7	\$2,137.3	\$2,058.6	\$1,934.0	\$1,848.1

Total U.S.