

「医療材料マネジメント講座・2014」資料

アメリカGPOの実態とオバマ政権の 医療改革について

2014年6月13日

国際医療福祉大学大学院乃木坂スクール

元広島国際大学教授
岡部陽二

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

E-Mail; y-okabe@hh.ijj4u.or.jp

目次

I .アメリカGPOの実態

1. Healthcare GPOの概要
- 2、医療GPOの市場規模
- 3、GPOのビジネス・モデル
- 4、主要GPOの規模とシェア
5. GPOの課題
- 6、医療機器流通市場の規模
- 7、わが国への示唆

「医療材料マネジメントで病院を

変える」(2013.12、(株)じほう刊

p199～220ご参照)

II .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

III . 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、保険エクステンションとACO
(Accountable Care Organizations)

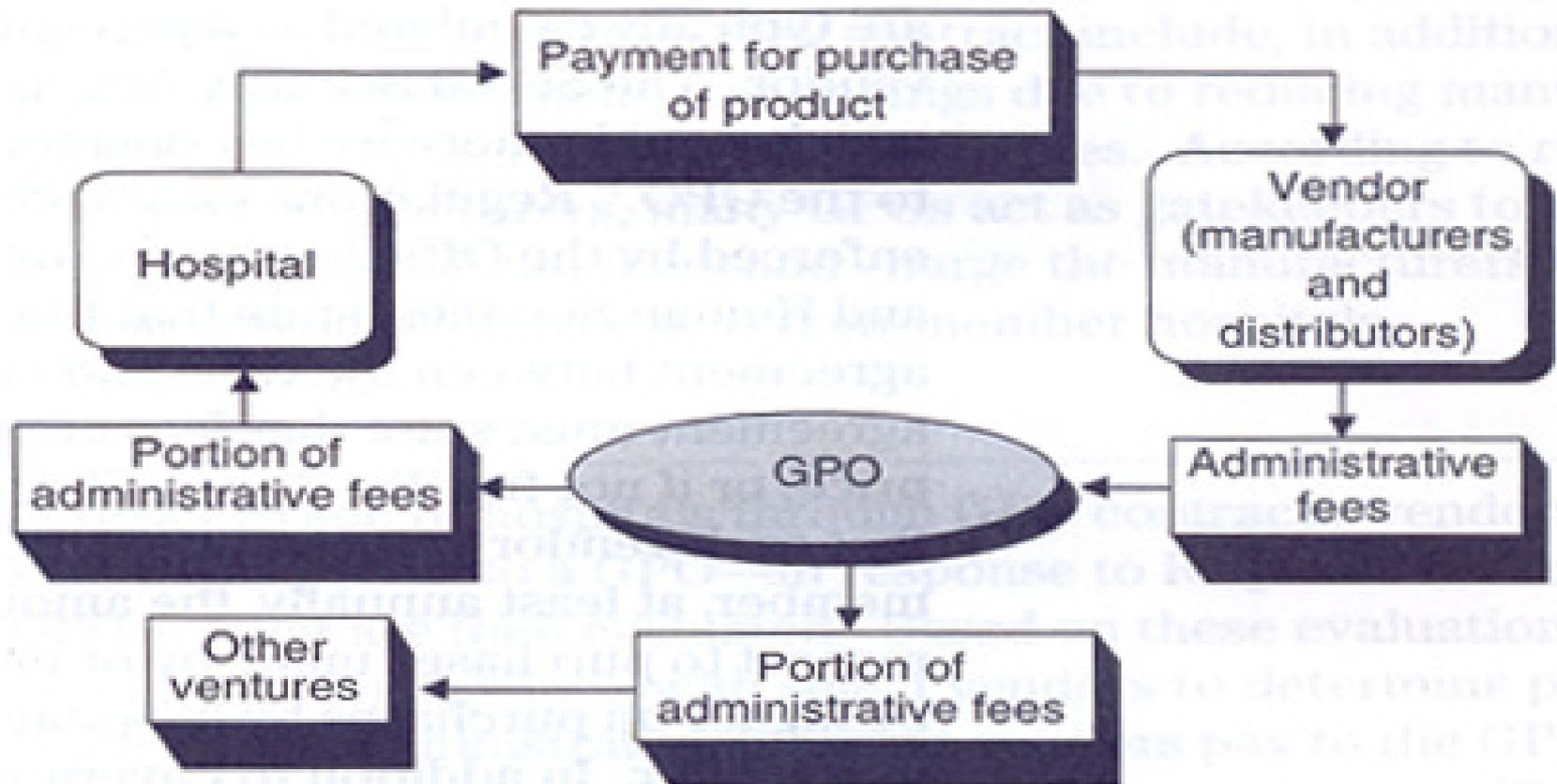
IV . わが国への示唆

I .アメリカGPOの実態

1. Healthcare GPOの概要

- GPOは病院、ナーシング・ホームなどのヘルスケア事業者が、医薬品、医療器具、事務用品などを購入するにあたって、メーカー・卸売業者との価格交渉を有利に進めるために設立される共同購買組織である—図1
- 個々の病院などが会員（メンバー）として参加し、GPOが構成メンバーを代表してメーカーなどと価格その他の条件を交渉し、購買契約を締結する
- GPOが売買の当事者となって値幅をとったり、在庫を抱えたりすることは一切ない。あくまで、会員である病院に代わって、ベンダーと交渉をする機能を果たす組織である（商品の売買契約・輸送業務などは“Distributer（卸）”が行なう）
- GPOは供給側メーカーとの価格交渉力を強化する目的で組成され、個々の病院の資源である購買力を統合した「プーリング・アライアンス」である。共同購買を行うことにより、規模の利益を追求し、コストの軽減を図っている

図 1、GPOを中心とした資金の流れ



Source: GAO interviews with GPOs and a GPO trade association.

- GPOの起源は1910年に設立された“the Hospital Bureau of New York”に遡ることができる
- しかしながら、GPOの設立が急速に増加したのは、1983年にMedicareがDRG/PPSによる医療費の包括払い方式を採用し、その後民間医療保険もマネジドケアによる医療費抑制に乗り出したため、病院側としてもこれに対応すべく支払経費の削減に真剣に取り組まざるを得なくなった1980年代後半からである
- GPOは全米に約600社ほど存在するものと推定されているが、そのうち一定以上のメンバー規模を持ち、大手メーカーなどと実質的に価格交渉を行っているのは30社程度とみられている。残りは、大手GPOの契約へアクセスする中間的なものか、地域の特定メーカーとの交渉を請負うものである
- 業界団体のHealthcare Supply Chain Association (HSCA)によれば、全米の病院のうち大半(96-98%程度)はGPOを利用しており、病院全体の医薬品、医療器具などの購入のうち約72%はGPOを通じて行われている
- GPOは最近20年間に急速に成長した薬剤と医療機器の流通にのみ特化した独特の存在であり、メーカーにも購買側の病院にも大きな影響力を持つインターメディアリーとなってきた

- 病院／メーカーにとってのGPOの価値

- ◆ 病院にとってのメリット

- ① 運営負担(人／モノ／金)の軽減(管理コストを大凡1／3に抑制)
- ② 個々では得ることの出来ない価格／条件の獲得
- ③ 信用できるサプライヤーとの取引に限定
- ④ 事前に買い値がつけられている透明性の高い契約
- ⑤ 製品の標準コード化や電子調達など、最良の物流システムの利用
- ⑥ 新製品に関する情報の獲得

- ◆ メーカーにとってのメリット

- ① 購入決定者に接近する機会の向上
- ② 市場シェアの小さい会社が大規模病院コミュニティーでそのブランドの知名度を上げるチャンス獲得
- ③ シェアが高い会社への販売効率の向上
- ④ 変動価格の導入やCAFによる販促戦略

2、GPOの規模

- HSCA公表の年間2,600億ドルは過大—表1
- GPO市場の90%を占める大手5社の取引額合計(2001年); 1,547億ドルから推測して,年間1,800億ドル(約18兆円)程度が妥当
- GPO大手5社の取引額は10年間で3.7倍に増加
- GPOの医療機器取扱額; 500億ドル内外

表1、GPOの対象となる医療関連マーケットの規模

(単位: 億ドル)

年次	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年
病院の総費用	5,668	6,075	6,493	6,965	7,465
うち物件費(44.6%)	2,528	2,709	2,896	3,106	3,329
GPO経由の購入額(71.7%)	1,812	1,943	2,077	2,228	2,388
Nursing Homeの購入額	207	216	225	235	246
GPO経由の購入額合計	2,019	2,159	2,301	2,463	2,634

出所: 2008年7月, © Locus Systems Inc, "A 2008 Updated of Cost Savings and a Marketplace Analysis of the Health Care Group Purchasing Industry"

3、GPOのビジネス・モデル

GPOの収入源は、ベンダー(売手)から徴収する“Contract Administrative Fees”(CAF)と称する手数料が大部分を占める。ベンダーが支払う手数料は、GPOの購入額に応じて通常1.5%~3.0%となっている(2007年度の平均料率; 2.1%)

- GPOはかつては会員に対し購買数量にかかわらず同一料率を適用していたが、現在は購買数量に応じた料率の設定が一般的
- GPOは会員から加入手数料などを徴収することもあるが、逆に会員に対し配当を支払うケースも多い
- 共同購買により、病院等が単独で購入する場合に比べ、平均して約10-15%程度のコスト削減ができ、GPOによる年間のコスト削減額は約380億ドルに上るとのHSCAの推計もあるが、かなり過大—表2
- 対象商品別に見たGPO経由の購入割合; 過半は薬剤と消費財、医師の嗜好が強く働くPhysician Preference Items(PPIs)や大型機器についての利用は限定的—表3

表 2、GPO 利用による病院関連産業の費用節減効果推定(2009 年)

GPO 利用の対象取引	節減効果
薬剤の購入	68 億ドル
外科手術機材など非医師選択の機器	85 億ドル
心臓外科など医師が選択する医療機器	19 億ドル
整形外科関連の医療機器	8 億ドル
その他の医療機器、IT 機器、食材など	180 億ドル
合計	360 億ドル
(参考) GPO 利用による病院人件費の節減	(18 億ドル)

出所：©2009年4月、"The Value of Group Purchasing-2009: Meeting the Needs for Strategic Savings"

表 3、対象商品別に見た病院が GPO 経由購入する割合

GPO からの購入比率	0-24%	25%-49%	50-74%	75%以上
資本財	42.9%	22.8%	23.2%	11.1%
Physician Preference Item (PPIs)	36.8%	32.9%	22.3%	8.0%
薬剤	9.2%	11.0%	27.2%	52.6%
消費財	7.0%	8.4%	33.0%	51.6%
サービスの購入	49.4%	28.4%	16.9%	5.3%

出所：© 2008年7月、"Hospital purchasing alliances: Utilization, services, and performance"

- GPOは購買価格の交渉を行うだけではなく、購買側病院のために契約内容のチェック、製品情報や価格変更情報の迅速な提供などを行なっている。GPOの取扱対象品目・サービスは20種類に及ぶ—表4

表4、GPOの取扱い対象品目

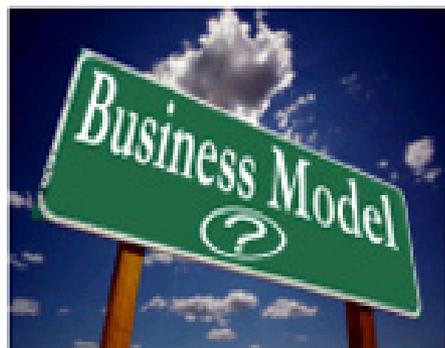
Med/Surgical Supplies (手術用機材)	Access to Capital (資本調達のアドバイス)
Medical Equipment (医療機器)	Collections (代金回収業務)
Pharmaceuticals (薬剤)	Insurance (保険への仲介)
Dietary (病院食)	Distribution (卸への仲介)
Data Processing (データ処理)	Equipment Maintenance (医療機器の保守管理)
Waste Management (廃棄物処理)	Laundry (洗濯請負)
Energy/Utilities (電気・ガス・水道などの管理)	Management Consulting (施設管理のコンサル)
Physician Preference Items (医師嗜好機材)	Market Research (市場調査)
Strategic Planning (業務計画の立案)	Risk Management (リスク管理)
Claim Processing (クレームの処理)	Telecommunications (通信・情報の処理)

出所：©2008年7月、"A 2008 Update of Cost Saving and a Marketplace Analysis of the Health Care Group Purchasing Industry"

- GPOのビジネスモデルは存続し得るか？

Is the Group Purchasing Organization (GPO) Business Model Dead?

July 6, 2013 — 1 Comment



Is the Group Purchasing Organization business model dead in healthcare? I was asked this question recently. It's a good question. GPOs have had a long, and sometimes, controversial role in the healthcare supply chain (1). Some argue that GPOs actually limit competition and don't act in their members' best interests (2). On the other hand, some studies have shown GPOs to be a lever to help healthcare providers aggregate spend and reduce supply costs (3).

However, the central point of the person's question was with all of the change occurring in healthcare in the United States, is the traditional GPO business model dead?

- **GPOモデルを脅かすビジネス環境の変化**
 - ① **Healthcare reform; 単なる包括払い方式からACO (Accountable Care Organizations)のような医療サービスの価値に見合った価格支払い方式重視へのCMSの方針変更**
 - ② **Outcome Transparency; 医療成績の可視化により費用よりも医療技術の質を重視する患者意識が高揚**
 - ③ **New supply disruptors; PPIの比率が60%に上昇**
 - ④ **Hospital consolidation and aggregation; 病院の合併や連携進展による購買力の強化**
 - ⑤ **Hospital supply chain maturity ; 医療分野の流通システムは他の産業分野に比して後進性が目立ち、大病院は自前の流通システム構築を指向**

4、主要GPOの規模とシェア

- 1995~96年の大型合併により、PremierとNovationの大手2社が誕生、2010年までこの2社が市場の50%、これに次ぐ4社が市場の約40%を占めてきた
- 2010年9月に第4位のMedAssetsが第6位のBroadlane Groupを買収して、一躍首位に躍り出、5社寡占となった
- MedAssetsはNY市場上場の株式会社、Premierも2013年9月に持株会社をNasdaq市場に上場、他の大手は非営利法人～表5
- 5大GPOは傘下にIHN(Integrated Healthcare Network)と呼ばれる病院連合体のGPOを抱えている—表6
- HSCAに加盟しているのは大手・準大手の15社～表7
- 一般病院の98%は平均して2社の大手GPOと契約、1~2社の準大手・地元中小GPOとも契約している
- 大手GPOは同一地域での市場シェアが35%を超えてはならないという独占禁止法の制約下にある

表5、主要GPOの年間取扱高(2002年、2010年、2012年推計)

(単位:億ドル)

順位	GPO名	本社所在地	2002年取扱高	2010年取扱高	2012年取扱高
1	MedAssets Inc	Alpharetta,GA	44	240	480
2	Novation LLC	Irving,TX	144	378	430
3	Premier Inc	Charlotte,NC	143	360	400
4	HealthTrust	Nashville,TN	32	170	212
5	Amerinet Inc	St.Louis,MO	28	72	80
6	Broadlane Group	Dallas,TX	25	110	(merged)
合計			417	1,330	1,602

注: ①2002年については2003年7月16日付けG&O Report p4の表より推定、②Premierの2012については、同社HPの推計値

出所: ③ 2010年10月 & 2011年11月 "Healthcare Purchasing News Research, GPO Headliner"

表6、主要GPO傘下のIHNなどの主要病院連合体、急性期病院・通院手術施設数(2011年現在)

GPO名	主要病院連合体名(IHN)	急性期病院数	通院手術施設数
MedAssets Inc	Kaiser, UHS, Ascension Health	2,300	1,500
Premier Inc	CCG, GHW, GNYHA	2,500	200
Novation LLC	UHC, VHA, Provista, CHCA	1,900	420
HealthTrust Purchasing	HCA, Lifepoint, CHI	950	350
Amerinet Inc	IHC, Vector	1,500	350
合計		9,150	2,820

出所: 2012年9月, Rob Rogowski, Vice President, Sales Instrument Division, Integra作成 "GPO Overview US"

表7、HSCA加盟のGPO15社リスト

GPO名	URL
Amerinet	http://www.amerinet-gpo.com
Child Health Corporation of America (CHCA)	http://chca.com/
GNVHA Services	http://www.gnyhaservices.com
Healthcare Coalition of Texas	http://www.hcotx.com
HealthTrust Purchasing Group	http://www.healthtrustcorp.com
HPS	http://www.hpsnet.com
Innovatix, LLC	http://www.innovatix.com/
MedAssets	http://www.medassets.com
Minnesota Multistate Contracting Alliance for Pharmacy	http://www.mmd.admin.state.mn.us/mncap
Novation (VHA,UHC,Provista)	http://www.novationco.com
Premier	http://www.premierinc.com
PRIME	http://www.prime.org
Provista	https://www.provistaco.com
UPPI	http://www.uppi.org
Yankee Alliance	http://www.yankeealliance.com

出所：HSCA、Member Organizations；Dues-paying members of the Healthcare Supply Chain Association.

5. GPOの課題

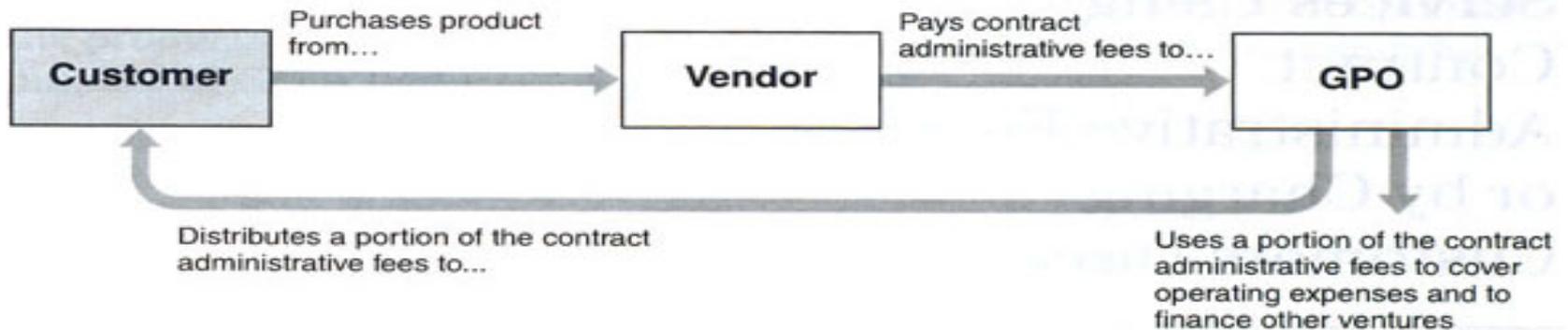
- **ベンダーから徴収するCAFを主な収益源とする営業姿勢の透明性問題**

本来この種リベートは違法であったが、①料率3%以下、②料率の契約書への明記、③顧客と保健省への年一回の報告を条件に、1986年に合法化された経緯

CAFの顧客会員への還元は実質リベートにほかならず、価格にも影響—図2

図2、CAF (Contract Administrative Fees) の流れ

Figure 1: Hypothetical Flow of Contract Administrative Fees



Source: GAO.

- **GPOの競争制限的業務手法が惹起する独禁法抵触問題**

- ① 特定の商品について1社のみの中手との排他的な購入契約；
複数のベンダーとの競争を阻害している疑念
- ② 対象商品を既存メーカーのものに限定する契約；
ベンチャー企業などの新技術商品が排除される懸念

6、医療機器流通市場の規模

- 米国の医療機器生産高； 2001年：629億ドル→2010年：1,151億ドル、年率7%の伸長率、日本の約5倍—表8
- 医療費ベースでの医療機器消費額（流通段階での費用、維持管理費などを含む）； 2010年：2,670億ドル、生産高の2倍超—表9
- 消費額ベースの伸びは4%程度、今後も4～6%の伸びが見込まれる
- 2014年からオバマケアで2.3%のExcise Taxが医療機器に賦課される
- 医療機器メーカーは寡占化が進み、医療機器売上：100億ドル超の大手4社：ジョンソン・アンド・ジョンソン、GEメディカル・システム、メトロニック、アボットの4社で総生産額の60%を占める—表10
- 医療機器の卸売り業者； 大手3社が市場の90%を寡占—表11

表11、米国における主要医療機器・医薬品卸業者の業容(2010年)

単位；億ドル

卸売業者名	総売上高	経常利益
McKesson Corp	1,227	25
Cardinal Health Inc	1,030	15
AmerisourceBergen Corp	802	12

出所：各社Annual Reportより筆者作成

表1Q 米国の全上場医療機器メーカーの医療機器売上高ランキング(単位:百万ドル、2011年)

会社名	年間売上高	会社名	年間売上高
1 Johnson & Johnson	25,779	25 The Cooper Companies Inc.	1,331
2 General Electric Co.	18,083	26 ResMed Inc.	1,243
3 Medtronic Inc.	16,184	27 Hospira Inc.	987
4 Abbott Laboratories	10,410	28 Allergan Inc.	915
5 Baxter International Inc.	7,804	29 Sirona Dental Systems Inc.	914
6 Boston Scientific Corp.	7,622	30 Steris Corp.	835
7 Becton, Dickinson and Co.	7,372	31 Integra Lifesciences Holdings Corp.	780
8 Stryker Corp.	7,320	32 Conmed Corp.	725
9 Danaher Corp.	6,639	33 Haemonetics Corp.	677
10 St. Jude Medical Inc.	5,165	34 Greatbatch Inc.	569
11 3M Co.	5,031	35 NuVasive Inc.	541
12 Zimmer Holdings Inc.	4,452	36 Wright Medical Group Inc.	513
13 CareFusion Corp.	3,528	37 Align Technology Inc.	480
14 C.R. Bard Inc.	2,896	38 Analogic Corp.	474
15 Varian Medical Systems Inc.	2,597	39 Masimo Corp.	439
16 Dentsply International Inc.	2,538	40 Thoratec Corp.	423
17 Alere Inc.	2,387	41 Medical Action Industries Inc.	362
18 Invacare Corp.	1,801	42 Symmetry Medical Inc.	359
19 Hologic Inc.	1,787	43 Merit Medical Systems Inc.	359
20 Intuitive Surgical Inc.	1,757	44 ArthroCare Corp.	355
21 Edwards Lifesciences Corp.	1,679	45 Volcano Corp.	344
22 Kimberly-Clark Corp.	1,606	46 Cantel Medical Corp.	322
23 Hill-Rom Holdings Inc.	1,592	47 ICU Medical Inc.	302
24 Teleflex Inc.	1,529		

Source: 10Ks, Bloomberg, PharmaLive.com

7、わが国への示唆

- わが国には、GPO類似の組織は存在せず、医療機関で共同購入の実績を挙げているところのもごく一部のチェーン病院を除いて、極めて少ない
- その理由として考えられるのは、米国のGPOが果たしている価格交渉機能などの大部分は医薬品卸が担ってきたため、卸ルートとは別の価格交渉システムを採り入れる余地は少ないといった取引慣行の違いである
- しかしながら、①メーカー特約の卸は無くなったとは言え、卸はメーカーの代理店的存在であって、病院の利益を代弁する立場にはないこと、②交渉力の弱い中小病院にとっては、価格交渉の手間とコストを節減するためのアウトソースのニーズは高いこと、③GPOは価格の透明化に資することなどから、GPOが果たしているのと同様の機能の必要性には大きなものがある

- 米国の大手病院は強力な購買担当部長を配して、GPOを駆使しているのが実情であり、共同購入以前の問題としてわが国の病院も、まずこの点を学ぶべきであろう～次スライド21参照
- わが国の病院では、医師の嗜好が優先され、物品や機材の購入を病院全体で一括管理するガバナンス機能が欠如している点が導入の障害
- 今後のGPO展開に当っては、次の3点に留意すべき
 - ① CAFモデルの可否； GPOのメーカーからのリベート依存自体問題。CAFは購入額の一定割合であるため、購入額の抑制に成功すればするほど、受取るCAFの額が減少するという矛盾含み
 - ②大手メーカー製品偏重への配慮； 製品の絞り込みが行き過ぎて、既存納入メーカーの既得権益保護に墮す危険性内包。技術力が優れた新製品への乗換えに遅れないよう購入製品の不断の見直しが必要
 - ③医師の選好が強い医療機器の取扱い； 医師と購買担当者との対話を活発化し、同種同行品を2材以上採用して、その間のばらつきを漸次無くす方向での活動に注力すべき

●日本の病院との比較における米国病院の優れた点

◆購買部門:経営の専門家が、院内及び院外の交渉を行っている

- ① 購買部長ポストの経験者が病院の経営者となるキャリアパスがある
例)ハーバード大学医学部MD→マッキンゼーのコンサルタント→コロンビア大学ビジネススクールにてMBA取得→病院グループ(IHN)の購買部長
- ② 購買プロセスが確立されていて、交渉を専門としている担当者がある
例)5病院のグループ担当購買部に7人のマネージャーと30人の部下
- ③ 納入業者よりも医師等との内部交渉に多くの時間を割いている

◆購買規模:個々の病院の規模が大きく、病院同士の連携が進んでいる

- ① 購買規模を武器にした価格交渉力を有している
- ② 標準化を前提とした価格交渉力を有している

◆評価システム:財務システムと医療システムが連携されている

- ① アウトカムをコスト評価に結び付けている
例)安い材料を使用した結果、在院日数が長くなるとコストアップ
- ② 部門別・品目別の購買実績に関するモニタリングシステムが確立している

◆材料市場育成への病院の関与

購買金額の2割はベンチャー企業から購買するといった購買方針がある

Ⅱ．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25
- 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2-1
- 医療保険料上げは、インフレ率、賃金の増加ペースを上回る—図表2-2
- 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2-3
- 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2-4

- 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2-5
 - 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2-6
 - 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2-7

米国の総医療費

- 人口 3億1,881万人（2014年4月1日現在）
65歳以上人口 約4,000万人
- GDP 15.7兆ドル（2012年）
- 国民医療費 2.8兆ドル（2012年）、対GDP比17.6%
（2014年推定； 3.1兆ドル）
うち医療保険 2.0兆ドル（2012年）
 - 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
- 一人当たり医療費(2012年) 8,937ドル（2014年推定； 9,808ドル）

出所； National Health Expenditures Data, Annual Percentage Change by source of Funds, Calendar Years 2005-2020

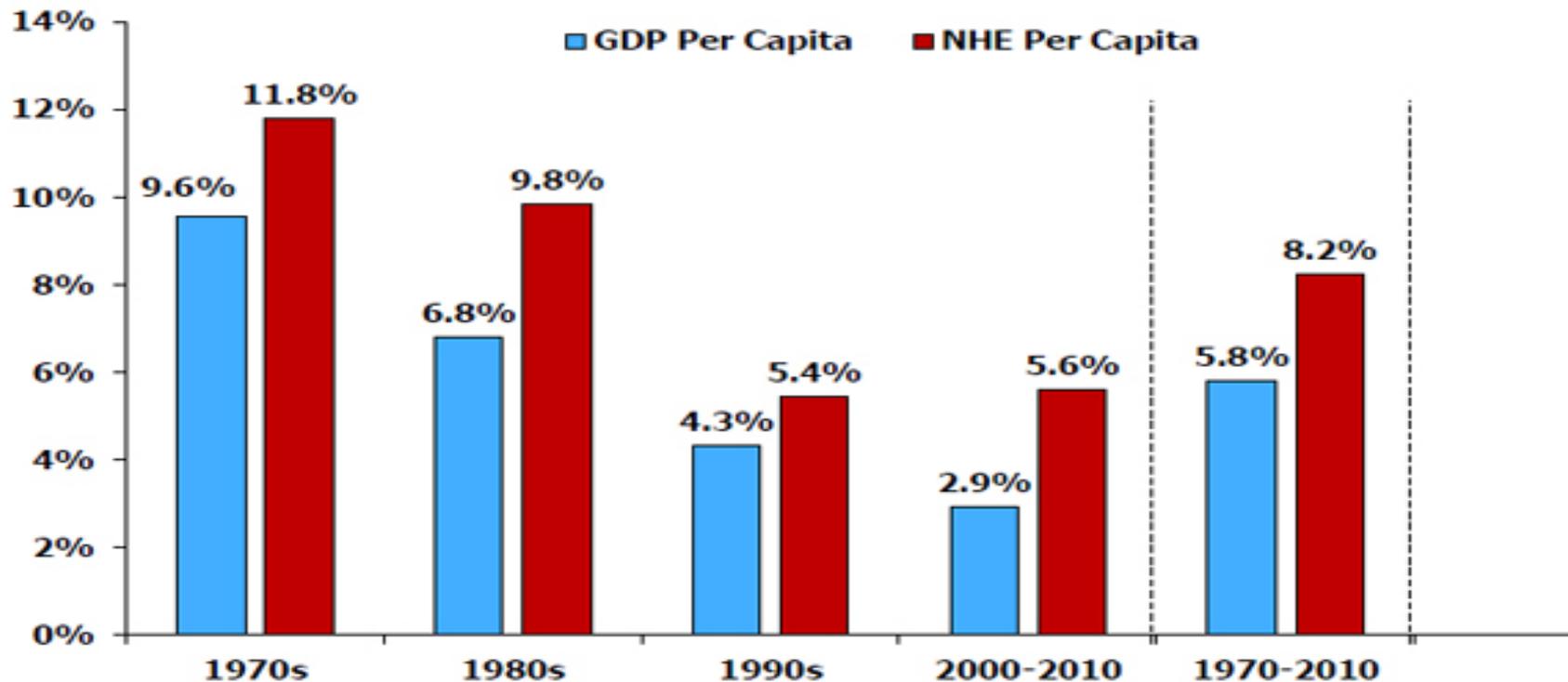
医療費高騰の要因

- 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～質の向上が医療サービスの価格上昇の主要因
- 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～医療サービスのコストアップ要因（例；州立大学病院長の給与はその大学の学長給料の約3倍、テキサス州立大学付属MD Andersonの病院長の年俸(2012年)；1,845,000ドル、同州立大学学長の年俸；674,350ドル）
- 公私医療保険制度の分立併存と多種類の民間保険併存～保険管理コストを嵩上げ、被保険者へ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、医療には情報の非対称性などに起因する価格機能が働かない面があること
- 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

出所； 2013年3月4日付“TIME誌, Special Report, Why Medical Bills Are Killing Us”
by Steven Brill

図表2-1、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)

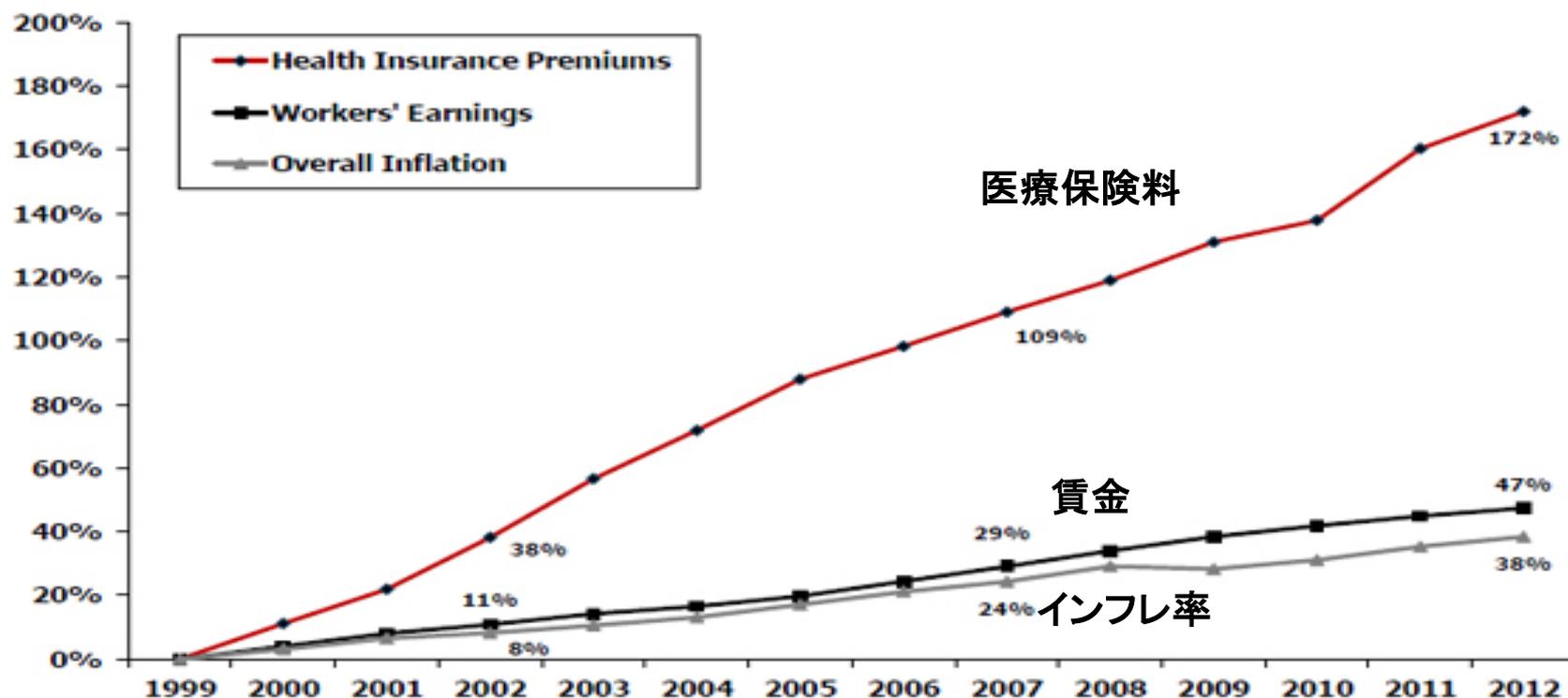
Average Annual Growth Rates for
 Health Spending and GDP Per Capita



出所： Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging (SNMMI) “Healthcare Payment Reform; The Road Ahead”

図表2-2、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

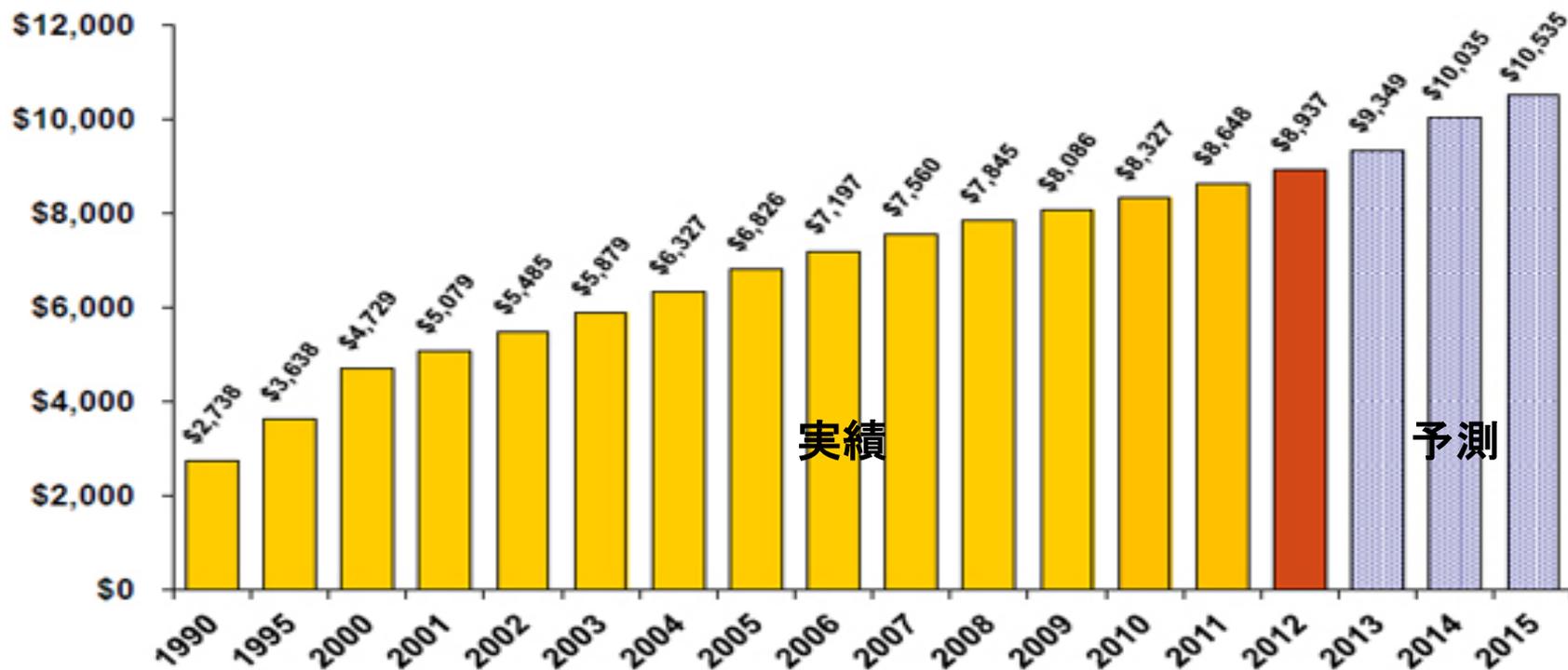


Source: Kaiser/HRET Survey of Employer-Sponsored Health Benefits, 1999-2012.

図表2-3、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2-4、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

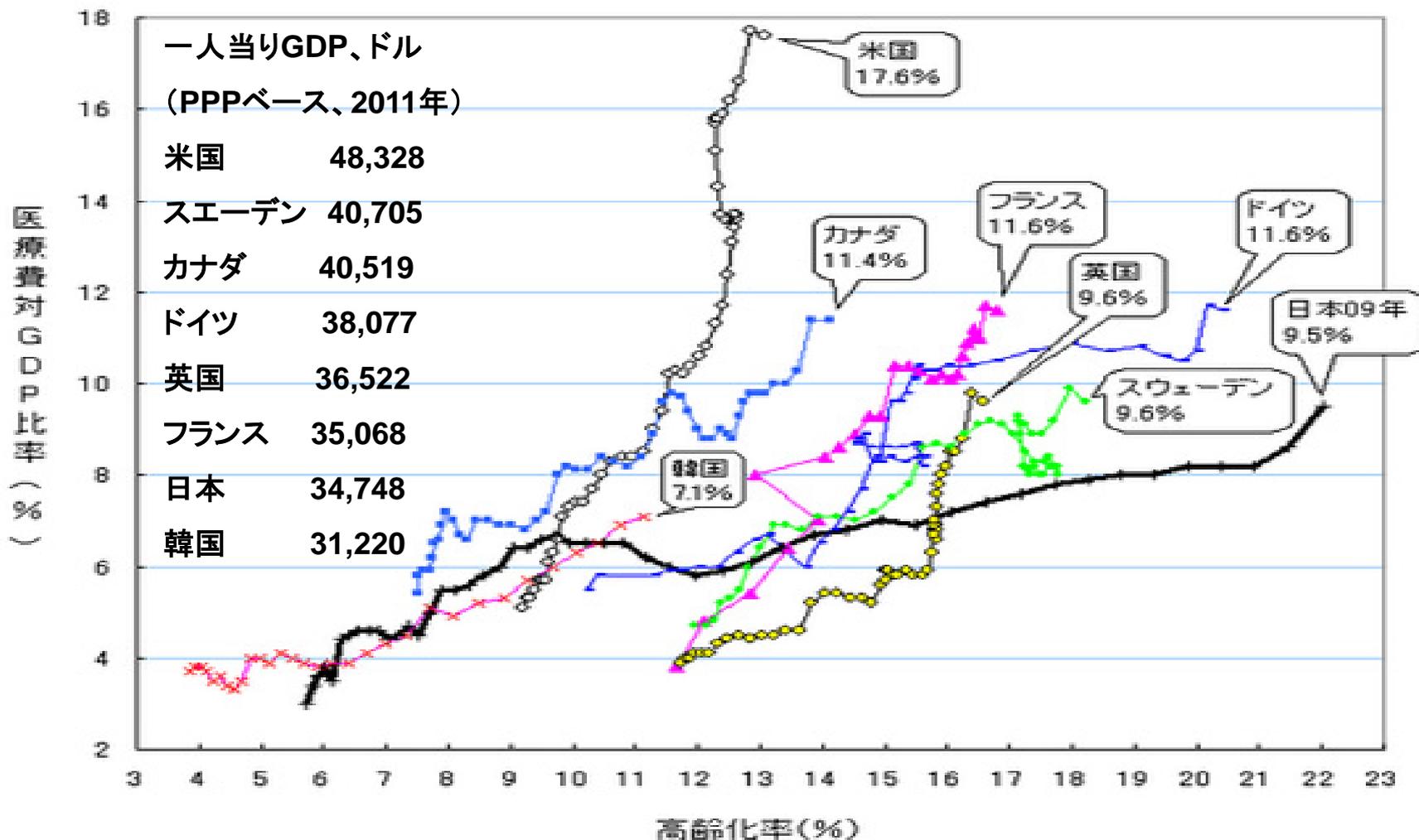
Percent of U.S. Population Ranked by Expenses	1977	1987	1997	2007
Top 1 Percent	27%	28%	28%	23%
Top 5 Percent	55%	56%	56%	50%
Bottom 50 Percent	3%	4%	3%	3%

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2-5、高騰する米国の医療費

(一人当りGDPと高齢化率との相関国際比較、1960年～2010年)

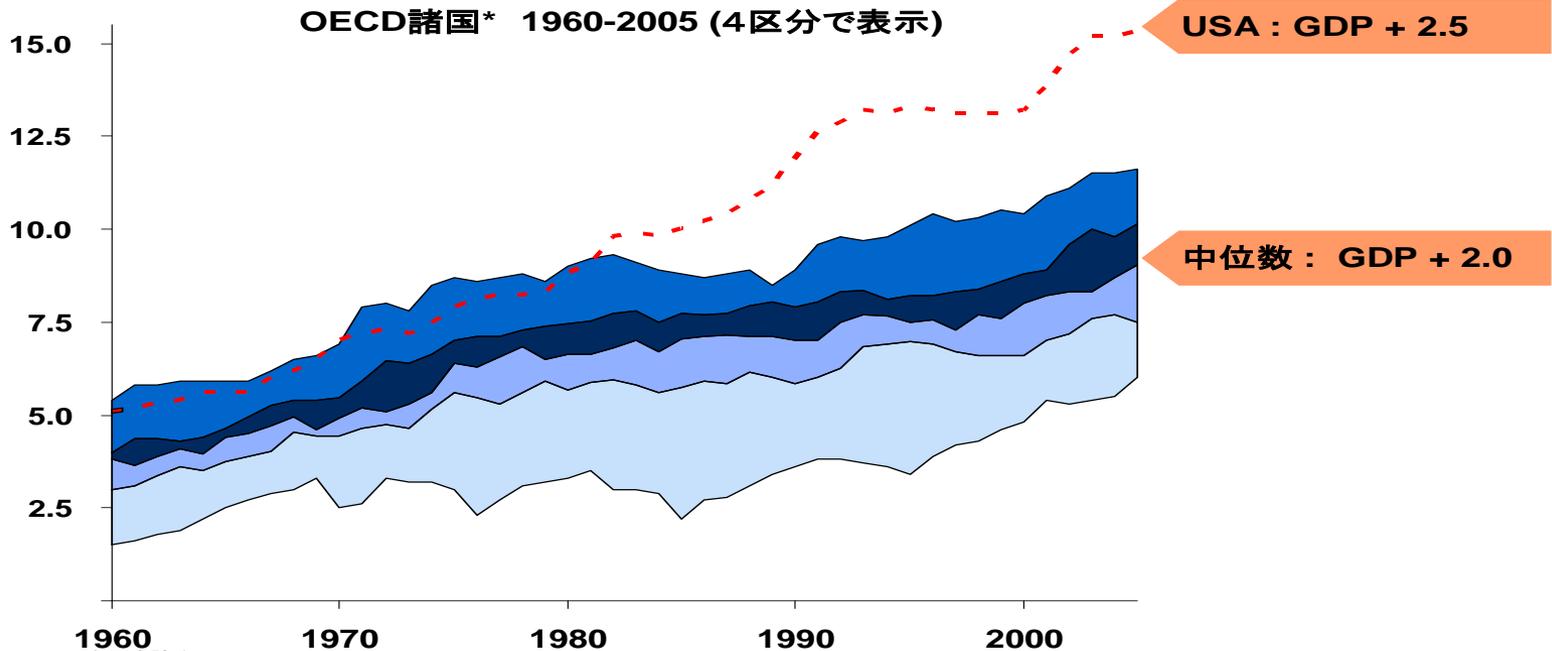


図表2-6、医療費の伸びと経済成長率との関係

(GDPに占める医療費の割合の増加率、1960年～2005年)

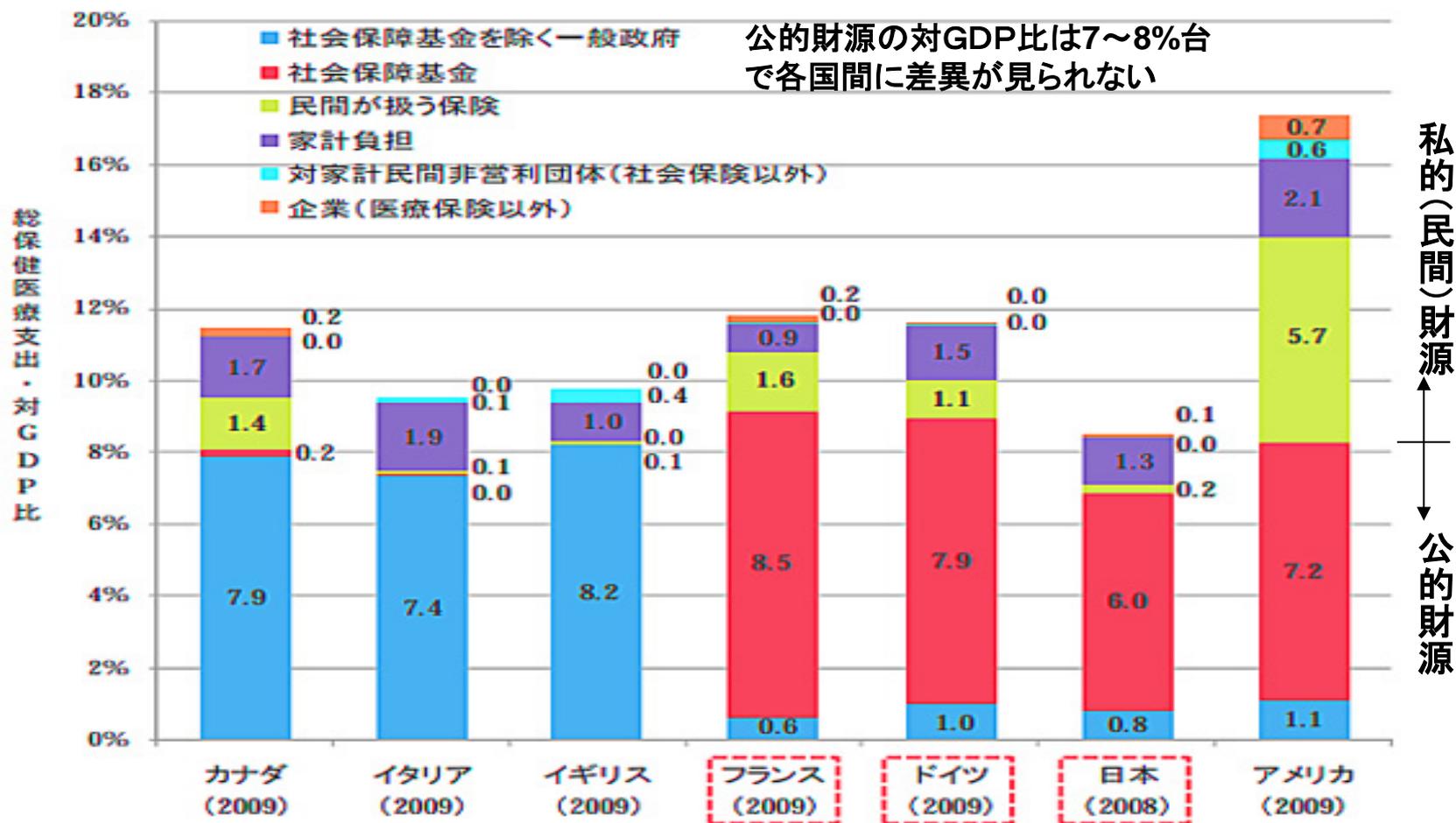
OECD各国においても、医療費はGDPの伸びを平均2%程度上回って伸びている

GDPに占める医療費の割合(%)



資料:OECD 1960-2005 (pub. 2007)

図表2-7、総医療費の財源別内訳の国際比較 (対GDP比、2009年)

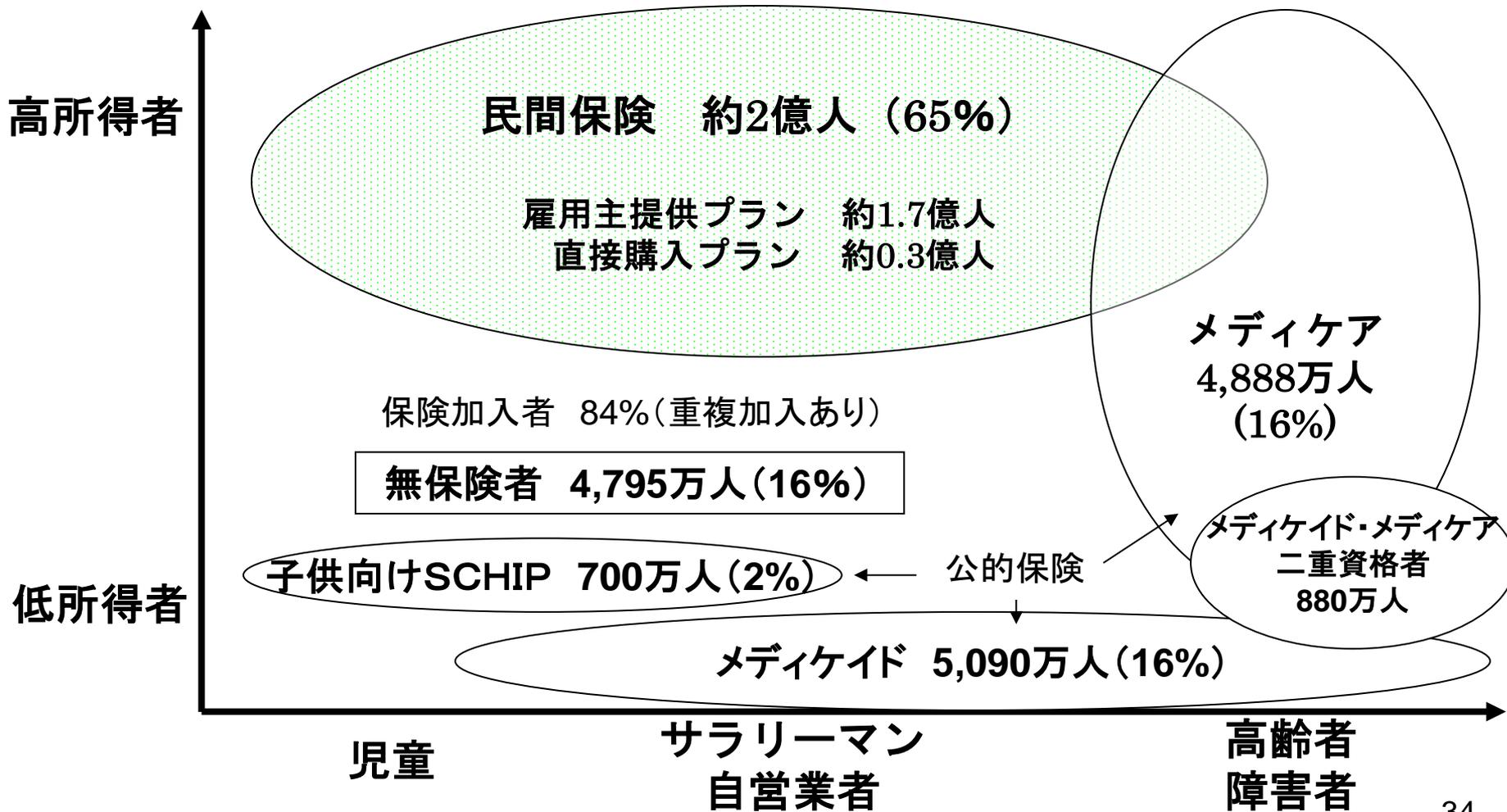


3、医療保険制度～米国の医療保険制度の特徴

- 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～図表2-8
～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～HMOとマネジドケアの隆盛
 - ①企業雇用者提供保険;大企業しか提供できない、不況と医療費高騰の影響で、ピーク時比、1,400万人減少～図表2-10
 - 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
- 5,000万人に近い無保険者問題～オバマケアの中心課題—図表2-8、2-9

図表2-8、米国の医療保険加入状況概観 (2012年)

総人口：約3.1億人 (2012年)



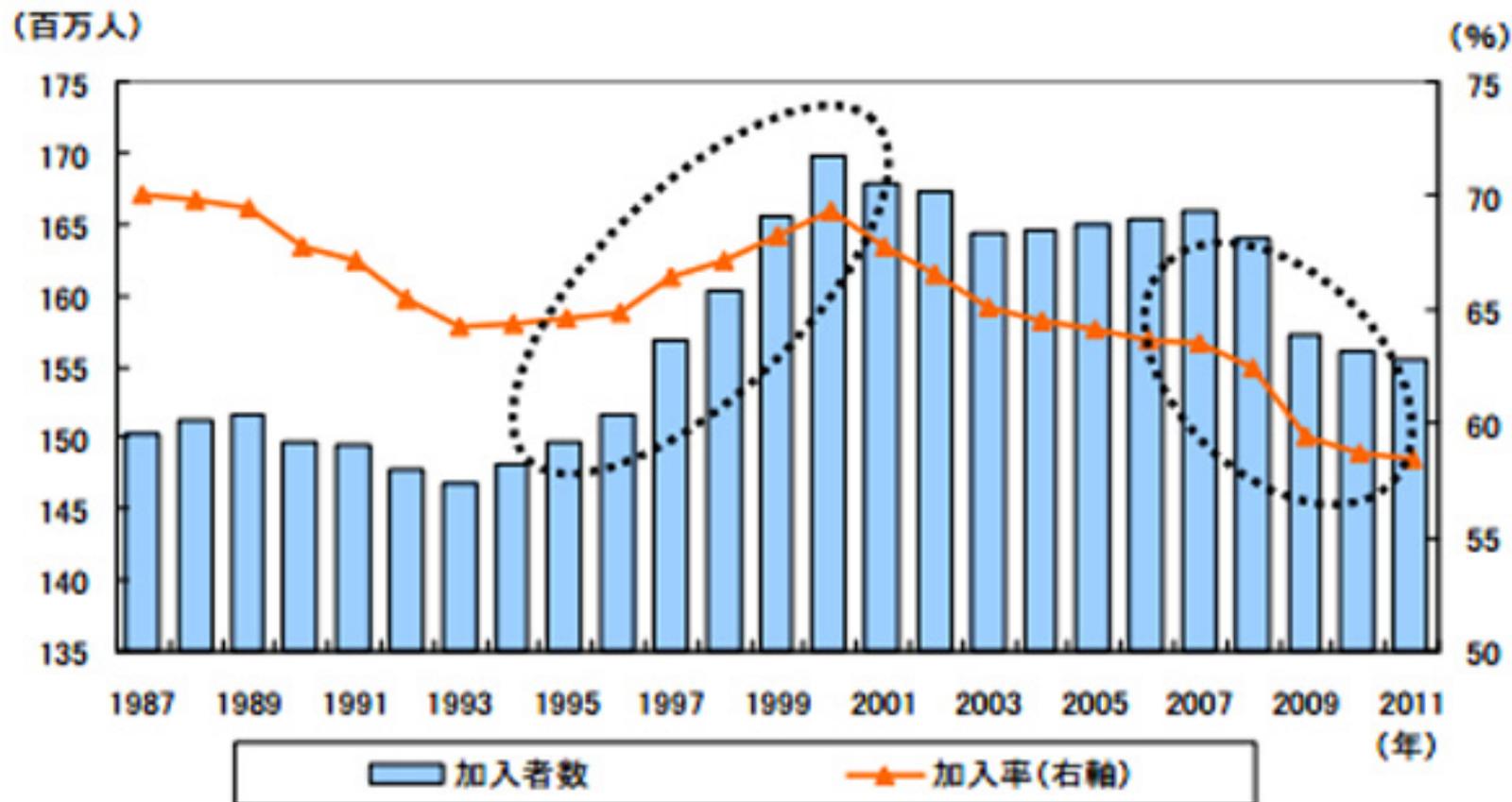
図表2-9、無保険者数の年次推移・世帯所得階層別・人種別人口と割合(2012年)

無 保 険 者 数 年 次 推 移	2003年	41,949	14.6%	所 得 階 層 別	25千ドル以下	18,886千人	26.8%
	2004年	41,752	14.3%		25~49.9千ドル	14,374千人	20.2%
	2005年	43,035	14.6%		50~74.9千ドル	7,004千人	13.1%
	2006年	45,214	15.2%		75千ドル以上	7,687千人	6.6%
	2007年	44,088	14.7%		無保険者計	47,951千人	15.4%
	2008年	44,780	14.9%	人 種 別	非ヒスパニック白人	21,585千人	11.1%
	2009年	48,985	16.1%		黒人	7,629千人	19.0%
	2010年	49,951	16.3%		アジア系	2,477千人	15.1%
	2011年	48,613	15.7%		ヒスパニック	15,500千人	29.1%
	2012年	47,951	15.4%		無保険者計	47,951千人	15.4%

注：①右欄の比率は各階層の総人口に対する無保険者数の比率、②貧困ラインは一人世帯：年収\$1,480以下、親子2人世帯：\$15,5104、3人世帯：\$19,530、4人世帯：\$23,550以下(2013 HHS Poverty Guidelines)

出所：US Census Bureau, Health Insurance Coverage統計2011 to 2012より筆者作成

図表2-10、雇用主提供医療保険の加入状況推移 (1997～2011年)



注：本グラフの対象は、65歳未満の非高齢者のみ

出所：Employee Benefit Research Institute, "Issue Brief" No.376 (Sept.2012), No.264 (Sept.2003)より大和総研作成

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
- 病院・医師が提示する医療サービスの価格差が拡大、無保険者や個人で加入している医療保険料の異常な高騰、一物百価の世界～次スライド

図2-11、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。

例示; 冠動脈ステント挿入手術における無保険者と公的医療保険適用者間の医療費の違い

	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; 河野金子著「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

Ⅲ. 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」「アクセスし易い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41～44
- きわめて有利な政治的環境～スライド45
- PPACA法成立後の政治情勢の変化～スライド46

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
 - ③最右翼のティーパーティーは、強制保険自体を違憲として否定
～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
- オバマケアの財源を増税や関連業界による負担に依存、国債借入には1ドルたりとも依存しないとする財政規律重視を国民が支持

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
 - ④下院で多数を抑える共和党の過激な反対による行政機能の渋滞や国債デフォルトの懸念に世論が反発

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の充実と対象者の拡大

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

(4) その他の医療改革

A. 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の報告を病院等に義務づけ
- 相対的有効性(comparative effectiveness)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
- 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)

- B. 「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57・58
 - 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
 - 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
 - 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～共和党知事の数州を除き合意
 - ①これまでメディケイドの対象外とされていた65歳以下で所得が連邦貧困基準133% (3人世帯で\$26,000) 以下の者に対しても、メディケイドの受給資格を認める
 - ②連邦貧困基準133% (3人世帯で\$26,000) を上回る者に対しても、州の裁量によりメディケイドの対象とすることが可能となる
 - ③これらの施策により、2014年から2016年の間に新たにメディケイドを受給する者の給付費については、連邦政府が100%の費用負担を行う

C. 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

D. 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年より実施)

4、オバマケアのインパクト

(1)無保険者数の削減計画(2010年のピーク時49,951千人を起点として筆者推計)

①2011～2013年の加入者増(2013年は同ペースと推測)	3百万人
②2013/10～2014/3の保険エクスチェンジ個人新規加入	7百万人
③メディケイド適格の所得レベル引上げによる受益者増	20百万人
④企業への医療保険給付義務強化による加入者増	14百万人
合計	44百万人

(2)国民・関係業界への影響

- 低所得者・高齢者向け公的制度と民間保険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、連邦政府の役割は支援に留まる～スライド55 & 56
- 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
- 2014年3月末までに全州で7百万人が新規加入登録を完了、コンピュータ・プログラムの不調などを克服して、当初計画を上回った
- 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

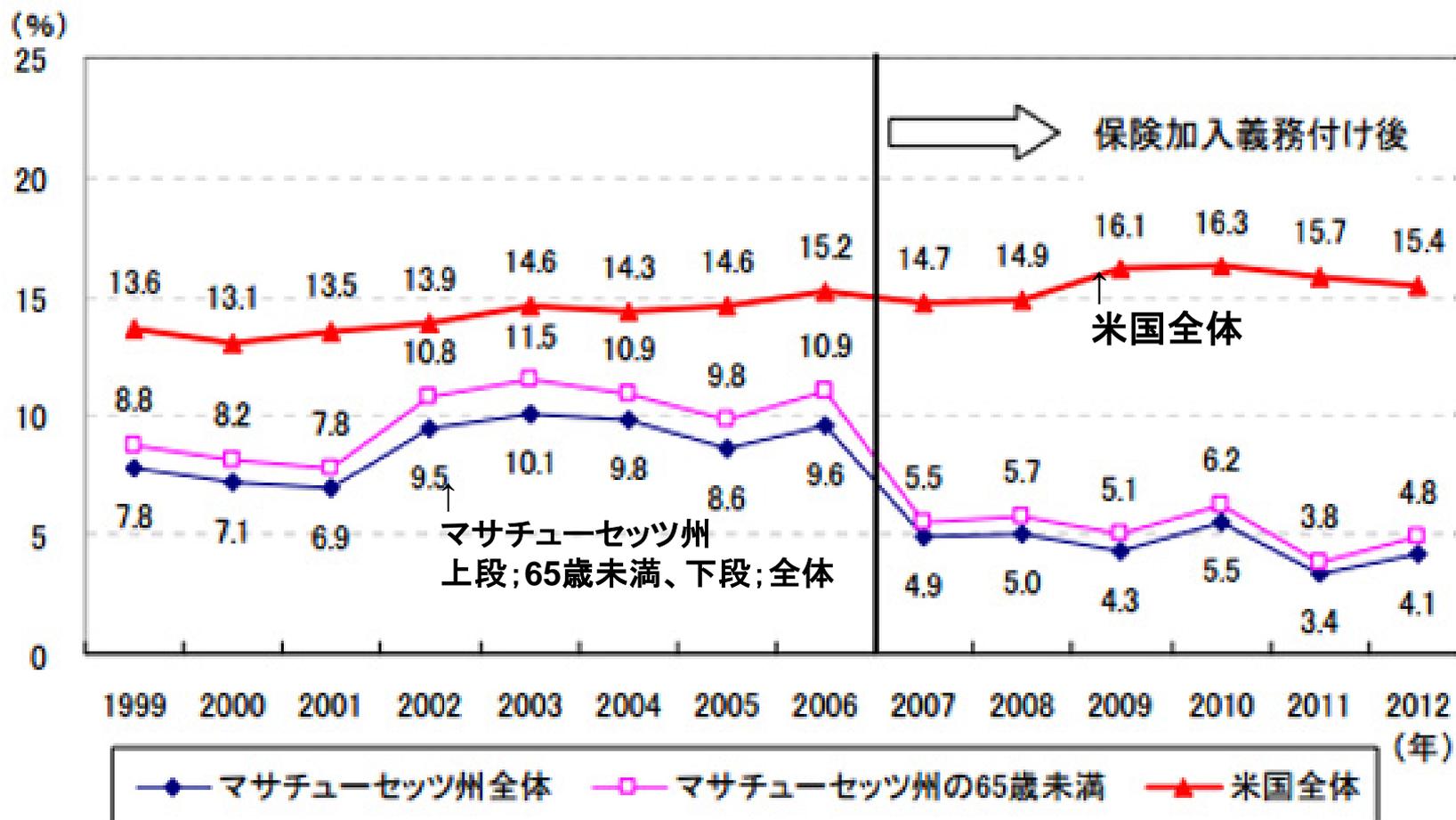
- 従来、各州が主管してきた民間保険の規制・監督に連邦政府が統一基準で深く介入することへの抵抗感あり、各州議会での新立法が必要ながら、取組み姿勢の濃淡が大
- 対象者が個人と小規模事業者であるため、対象の把握、情報の徹底が困難
- 公的性格の強いエクスチェンジで、市場原理を活用して当事者のリスクを配分し直す仕組みでの保険プランの選択が真に可能か、試行錯誤を繰り返すしかない
- 逆選択禁止などの締め付け強化に対する民間保険業者からの反発
- 罰則強化への一部からの反発

しかしながら、オバマケアへの共和党過激派からの批判は行き過ぎであり、これ以上の反発は無意味

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
- 国勢調査ベースでの無保険者数の割合は、改革法施行前2006年の9.6%から、2007年には4.9%と半減～図表2-12
- マサチューセッツの州民に限った無保険者数は、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「保険エクステンジ」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

図表2-12、マサチューセッツ州無保険者数の割合推移



(出所) The U.S. Census Bureau, Health Insurance より大和総研作成

(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～図2-13
- 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（もっとも、患者を含め、すべての関係者が質の改善に同じ方向で取り組む意義は大きい）
- 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

図2-13、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)	TBD
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
Payment Methods	Year 1-2: FFS Shared savings/losses ¹ Year 3: Population based (PMPM)	Years 1-3: FFS
Beneficiary Status	15,000 Medicare (if rural, 5,000) Assigned by PCP 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.

IV. 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**

オバマケアでは、従業員数200人以上の企業には保険提供を義務づけ、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を支払う義務あり

(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)