

## 米国ヘルスケア改革の進展と健康保険者の役割 —問題解決の取組、イノベーションおよび新しい事業モデルの構築—

### 目 次

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| I. 米国ヘルスケア改革における問題解決の取組とイノベーション                     | IV. ACO の多様性とイノベーション           |
| II. Payor としての連邦政府とイノベーションの取組                       | V. Exchange の進展状況とイノベーション      |
| III. ヘルスケアの品質向上とヘルスケアコスト低減の両方を実現する Value-Based への取組 | VI. 新しい事業モデル構築に取り組む健康保険者       |
|   | VII. 2010 年ヘルスケア改革法実施の進展に関する特徴 |

ファカルティフェロー 小林 篤

### 要 約

#### I. 米国ヘルスケア改革における問題解決の取組とイノベーション

米国では 2014 年にいわゆるオバマケアと呼ばれるヘルスケア改革が本格的に実施された。その実施過程には、多くの試行錯誤とイノベーションとがあり、多くの示唆が得られる。また、ヘルスケア改革は、健康保険市場改革が重要なテーマとなっており、健康保険者もその事業形態の変更を迫られるほど劇的な変化が進行している。

#### II. Payor としての連邦政府とイノベーションの取組

米国のヘルスケアシステムの主要な当事者は、患者・保険加入者などのヘルスケアサービス利用者、病院等のヘルスケアプロバイダーおよび健康保険者など Payor である。ヘルスケアプロバイダーは、サービス提供を行った後にそのコストを患者ではなく Payor に請求し、Payor はその請求に対し自分の支払基準で支払う償還方式が一般的である。償還方式のイノベーションが進行中である。

#### III. ヘルスケアの品質向上とヘルスケアコスト低減の両方を実現する Value-Based への取組

Volume(量)でなく Value に基づく償還方式は、コストと品質という二兎を追う、難しい取組である。米国には、その償還方式の促進に関する広範な合意があり、連邦政府がその実現のため各方面の知恵を集合する取組をしている。

#### IV. ACO の多様性とイノベーション

ACO は、ヘルスケアプロバイダーのグループであり、患者にコーディネートされたケアを提供し、慢性疾患に関するディジーズマネジメントを行い、それらを実施することで患者に対するケアの質を改善する。ACO は Value-Based を必須要素とする償還方式を採用し、多くのイノベーションを進めている。

#### V. Exchange の進展状況とイノベーション

米国のヘルスケア改革では、イノベーション的な取組である、インターネットを活用した保険加入システム Exchange が政府運営で導入されたが、インターネット完結型には多くの難しさがあることが判明し保険募集チャンネルの必要性・重要性が認識された。

#### VI. 新しい事業モデル構築に取り組む健康保険者

低収益の伝統的保険事業と資本市場からの圧力によって、米国の健康保険者は、収益性が高い事業形態の開発に取り組んでいる。保険事業収益主体ではなく、手数料収益モデルの転換が模索されている。

#### VII. 2010 年ヘルスケア改革法実施の進展に関する特徴

米国のヘルスケア改革実施の特徴を分析すると、他国は多くの示唆が得られる。

## I. 米国ヘルスケア改革における問題解決の取組とイノベーション

### 1. 2010年ヘルスケア改革法と2014年本格実施後の状況

ヘルスケア改革法（Health Reform Act）は、2010年に成立した米国のヘルスケア改革を定めた法律である。2010年ヘルスケア改革法は、正式名称は、The Patient Protection and Affordable Care Act of 2010（多くの場合、ACAと略称される。本稿でも必要に応じてACAと略記する）である。

#### （1）2010年ヘルスケア改革法の主要課題とタイムライン

米国において、「ヘルスケア」の意味は、専門家である医師・看護師等が提供する診断・治療、病院等の医療施設において提供される幅広い医療サービスはもとより、さらに介護サービス（long-term care）、疾病予防・健康増進まで含まれている。2010年ヘルスケア改革法は、医療制度改革および健康保険制度改革に止まらない広範な範囲を対象にした包括的改革であり多岐に亘る内容となっている。

米国連邦政府保健福祉省（U.S. Department of Health and Human Services、以下必要に応じてHHSと略称する）は、同法が米国民にもたらす便益を、そのホームページに三つの領域に整理して示している<sup>1</sup>（《図表1》）。第一は、ヘルスケアの品質向上とヘルスケアコスト低減の取組（Lowering Health Care Costs）、第二は新たな消費者保護を実現すること、および第三はヘルスケアサービスへのアクセスを保障することである。

《図表1》2010年ヘルスケア改革法が米国民に提供する便益



（出典）米国連邦政府保健福祉省ホームページ、Key Features of the Affordable Care Act (visited Feb 29, 2016) <<http://www.hhs.gov/healthcare/facts/timeline/>>

<sup>1</sup> 米国連邦政府保健福祉省ホームページ、Key Features of the Affordable Care Act (visited Feb 29, 2016) <<http://www.hhs.gov/healthcare/facts/timeline/>>

この三つの領域について、米国連邦政府保健福祉省の 2010 年ヘルスケア改革法に関するホームページは、立法された 2010 年から本格実施の年である 2014 年までの各年タイムラインについて説明している。各年のタイムラインの内容を概観すると、健康保険改革に関することが多いことに気づく（《BOX.1》）。2010 年ヘルスケア改革法は、健康保険制度・健康保険市場の改革が非常に重要な課題とされているのである。

### 《BOX.1》 2010 年ヘルスケア改革法実施のタイムライン

(出典) Key Features of the Affordable Care Act By Year

<<http://www.hhs.gov/healthcare/facts-and-features/key-features-of-aca-by-year/index.html>>

#### 法律施行の概要

- 2010 年 新しい Patient's Bill of Rights が発効
- 2011 年 疾病予防サービスが無料で利用可能
- 2012 年 Accountable Care Organization (ACO) 開始
- 2013 年 Health Insurance Marketplace の登録受付開始
- 2014 年 各種政策の本格実施

#### 2010 年

##### 新たな消費者保護

- ・ 子どもを対象にした既往症免責の禁止
- ・ 保険申込時に加入者のミスの原因とする健康保険者の支払拒否を非合法化
- ・ 健康保険における保険給付の生涯限度額の廃止

##### ヘルスケアの品質向上とヘルスケアコスト低減の取組

- ・ 中小企業への保険加入促進のために税額控除制度の導入

##### ヘルスケアサービスへのアクセスを保障

- ・ 既往症がある無保険者が加入できる健康保険の提供
- ・ 26 歳未満の若年者も親の健康保険で対象にする
- ・ 2014 年に実施される保険加入システムで早期退職者も健康保険の対象にする

#### 2011 年

##### 保険会社に非合理的な保険料引上げについて説明責任を課す

- ・ 保険料の引き下げのために、保険料のうち 85% をヘルスケアサービスと疾病予防に充当することを義務づける

米国連邦政府保健福祉省の部局である The Centers for Medicare & Medicaid Services (以下、CMS という) は、メディケア (Medicare)<sup>2</sup>、メディケイド (Medicaid)<sup>3</sup>、児童健康保険プログラム (Children's Health Insurance Program、以下 CHIP という)<sup>4</sup>の制度運営に責任を負う主体であるが、同時に 2010 年ヘルスケア改革法によって創設された政府運営の保険加入システム (Health Insurance Marketplace、以下本稿では多くの用例となっている Exchange との用語を用いる)の実施に責任を負う主体でもあり、また連邦政府が州政府に代わって Exchange を運営する場合には運営主体ともなる。米国の場合、保険監督は連邦政府ではなく州政府が行う。各州で販売される民間保険は州政府の監督下に置かれるが、2010 年ヘルスケア改革法は、健康保険の商品内容・用語用法の制定などの健康保険市場改革に関する事項について CMS に監督権限を与えた。CMS において The Center for Consumer Information & Insurance Oversight (以下 CCIIO という) が、各州の保険監督機関と密接に協力して 2010 年ヘルスケア改革法が定める民間健康保険に関する規定の実施状況を監督している。CCIIO は、民間保険市場改革として、例えば Minimum Essential Coverage<sup>5</sup> (MEC と略称され、個人が必要とする医療保障給付の必要最低限を法定)、Medical Loss Ratio (MLR と略称され、保険料のうち医療保障給付に当てる割合を法定)、Annual Limits (健康保険に年間限度額を設けることを禁止)、Prevention (無料の疾病予防給付の義務化)、Review of Insurance Rates (健康保険者の説明責任と保険加入者・消費者への透明性に関して健康保険料率を審査)などをあげている。健康保険市場改革では、自由な保険取引がなされる市場環境とはかけ離れた内容が実施されているのである。

## (2) 健康保険者からみた 2010 年ヘルスケア改革法

《図表 1》に示した、2010 年ヘルスケア改革法が米国民に提供する便益に関する三つの領域に、健康保険者は深く関係している。

ヘルスケアサービスへのアクセスの保障に関する領域は、Exchange が主な便益とされているので健康保険者の伝統的業務そのものである。新たな消費者保護の領域に掲げられている健康保険引受において既往症を保険給付の対象から外す免責を禁止していることは、伝統的な保険商品設計を否定するものである。また、2010 年ヘルスケア改革法は、ほとんどの個人に対して Minimum Essential Coverage

<sup>2</sup> 65 歳以上の高齢者を対象とする連邦政府の健康保険プログラム。末期腎不全 (End-Stage Renal Disease: ESRD) 等も対象にしている (連邦政府が Exchange 加入者に情報提供のために開設しているホームページ Healthcare.gov の用語集 (visited Feb 29, 2016) <<https://www.healthcare.gov/glossary/medicare/>>)。

<sup>3</sup> 州政府が運営する、低所得者の家族と子ども、妊婦、高齢者、障害者を対象とした健康保険プログラム。連邦政府は、運営資金の一部を提供しガイドラインを定めるが、運営は州政府が行う。州によって内容は異なることがあり、例えばある所得水準以上の成人までその対象を拡大している州もある (連邦政府が Exchange 加入者に情報提供のために開設しているホームページ Healthcare.gov の用語集 (visited Feb 29, 2016) <<https://www.healthcare.gov/glossary/medicare/>>)。

<sup>4</sup> メディケイド対象の所得水準以上ではあるが、民間健康保険の保険料を支払えない低所得家庭の子どもにヘルスケアの給付を行う、州政府運営の低料金の保険プログラム。州政府は CHIP をメディケイドと連動させて運営する。州政府は CHIP の保険料負担に上限を設けることなど支援策も行っている。運営資金は、州政府と連邦政府が負担するが、州政府に多くの裁量があり、メディケイドの所得水準以上の所得があるが民間健康保険の保険料を支払えない家庭の妊婦も対象にしている州もある。

<sup>5</sup> 連邦政府が Exchange 加入者に情報提供のために開設しているホームページ Healthcare.gov の用語集 (visited Feb 29, 2016) <<https://www.healthcare.gov/glossary/medicare/>> では、どの健康保険も 2010 年ヘルスケア改革法が定める要件に合致する保険給付を行わなければならない。MEC を満たす保険給付の健康保険に加入していれば、無保険者であるがために支払わなければならないフィーの支払をする必要が無くなる。ここでいう健康保険とは、Exchange で販売されている健康保険、Exchange 以外の保険市場で任意に加入する健康保険、雇用主が従業員とその家族のために提供する健康保険、メディケア、メディケイドおよび CHIP などを用いて説明している。

(MEC) 以上の保険給付がある保険加入を義務づける一方、健康保険者には保険加入申込者の年齢・性別等に基づく保険加入拒否を禁じている。すなわち、健康保険者が保険申込に関してリスクを判断して保険引受の可否・条件を決める危険選択を禁止しているのである。米国の民間健康保険者は、社会保険における公的健康保険者に類似する事業環境に置かれている。そして、ヘルスケアの品質向上とヘルスケアコスト低減の取組に関する領域では、保険商品には無料の疾病予防サービスを含めなければならない<sup>6</sup>。これは、リスクを判断して引き受けるかどうかを決める伝統的な保険業務ではなく、健康保険加入者集団の疾病リスクを低減させる取組を健康保険者に促していることを意味している。

このような従来とは激変した事業環境下で、現在、健康保険者のなかには、様々なイノベーションに取組む事業者も現れており、新しい事業モデルへ変革しようとする試みがなされている。

### (3) 着実に進展する米国ヘルスケア改革と本稿の取り上げる範囲

2010年ヘルスケア改革法に基づくヘルスケア改革（オバマケアと呼ばれる）は、政治的文脈では問題となっている。しかし、米国連邦政府保健福祉省は、2010年ヘルスケア改革法後、2016年時点で健康保険未加入者が約2000万人も減少したとの推計結果を公表している<sup>7</sup>。ここまで進展した状態となった現在、実際的にも同法の廃止は不可能となっている。現に、連邦議会共和党が主張してきた2010年ヘルスケア改革法を廃止する立法の可能性に関して、健康保険業界では一顧だにされていない状況にある。

2010年立法のヘルスケア改革法は、数年の準備を経て、主要項目は2014年に本格的に実施された。本稿は、本格的実施され一年経過後どのような進展があったかを取り上げる。2010年ヘルスケア改革法はヘルスケア全般に関わるが、本稿は表題のとおり健康保険者に関わる改革に絞っている。なお、2016年2月に米国において民間健康保険・保険市場に関わるコンサルタント・ブローカー、研究者などに聞き取り調査を行った。本稿では、この聞き取り調査の情報も使用している。

本稿は、主として2016年年頭の時点を基準として、2016年3月初め時点の情報をもとに作成している。

## 2. 本稿の問題設定：問題解決の取組、イノベーションおよび新しい事業モデルの構築

米国は2014年に2010年ヘルスケア改革法を本格的に実施した。もともと2010年ヘルスケア改革法の本格的実施は、容易なことではない。例えば、ヘルスケアサービス品質向上とコスト低減を両立する対策の一つである Accountable Care Organization（以下 ACO という）<sup>8</sup>モデルを実施し所期の成果を挙げることは相当の難事業である。2010年ヘルスケア改革法の本格的実施には、ヘルスケアサービスに関わる公的部門も民間部門も一連の問題解決に取組み、そこで多くのイノベーションを実行することが不可欠であり、現にその試みが続いている。お手本を迅速に真似るやり方ではイノベーションは実現しない。イノベーションには、多くの試行錯誤はつきものである。イノベーションが進む現在は、当事者も外からの観察者もはっきりした姿を捉えられない段階にあると言えよう。

<sup>6</sup> 2010年ヘルスケア改革法に基づき、Exchange の内外とも、健康保険者は入院、検査、予防給付など十種類の保険給付パッケージ（Essential Health Benefits）を最低限含んだ健康保険商品を、個人向けと中小団体向けに提供しなければならなくなった。

<sup>7</sup> 米国連邦政府保健福祉省ホームページ、ニュースリリース、“20 million people have gained health insurance coverage because of the Affordable Care Act, new estimates show,” March 3, 2016 (visited Mar. 4, 2016)

<<http://www.hhs.gov/about/news/2016/03/03/20-million-people-have-gained-health-insurance-coverage-because-affordable-care-act-new-estimates>>.

<sup>8</sup> 詳細は、IV. ACO の多様性とイノベーションの章で記述する。

本稿の表題の一部は、健康保険者の役割としている。上述のように、健康保険者が、剰余金が生じる水準のリスクを選択して利益を上げるビジネスの基盤は崩れつつある。このため、先駆的な事業者は、新しい事業モデルと健康保険者の新しい役割を求めて格闘している。しかし、まだはっきりした姿が見えない。2010年ヘルスケア改革法がヘルスケアサービスにもたらしたイノベーションで、健康保険者に関係するものとしてインターネットサイトで保険加入手続きを行う Health Insurance Marketplace (保険加入インターネットサイト “Exchange”) <sup>9</sup>とヘルスケアサービスの新しい提供システムである ACO <sup>10</sup>がある。健康保険者は、厳しい事業環境である Exchange に参加し、リスク調整のメカニズムで損失を被る経験をしている。健康保険者は ACO 型プロバイダー・ネットワークを形成した商品開発を行っている。健康保険者は、単に関係するレベルでは無く、積極的に参画しているのである。

本稿は、2010年ヘルスケア改革法の実施に伴って、健康保険者を含む多くの当事者が試行錯誤して取り組んでいる試みを、健康保険者の視点から理解しようとしたものである。

2010年ヘルスケア改革法を実施展開していく動きには、二つの底流が観察できる。一つは、イノベーションへの期待と楽観主義である。もう一つの底流は、ヘルスケアに関する資源利用を Volume から Value へ転換していこうとする流れである。Value-Based へ転換しようとする取組は、様々な分野・領域で進められている。Value-Based への転換には、利害関係者がある種の合意を形成しつつあるかのように見える。イノベーションも Value-Based への転換もいずれも難事業である。

米国のヘルスケア改革の実施過程には、多くの試行錯誤、成功そして失敗がある。米国のこれらの経験は、他の国々に多くの示唆を与える。米国の経験には、米国独自の歴史的経緯によってもたらされた特徴もあるが、イノベーションによって生み出された普遍的なメカニズムもある。最後の章において、米国のヘルスケア改革の実施過程における特徴となる論点を整理する。

### 3. 本稿の構成

第II章以下の構成は、以下のとおりである。米国ヘルスケアシステムでは、市場取引が活発になされる。米国ヘルスケアシステムにおける市場取引の当事者を模式化し、Payor という当事者の概念を説明する。政府部門は、監視監督規制するだけでなく、Payor でもあるという特徴を説明する (II. Payor としての連邦政府とイノベーションの取組)。次に、Value-Based への取組は、コストと品質という二兎を追う取組であることを説明する (III. ヘルスケアの品質向上とヘルスケアコスト低減の両方を実現する Value-Based への取組)。そのあと、ACO と Exchange で行われているイノベーションとその難しさを取り上げる (IV. ACO の多様性とイノベーション、V. Exchange の進展状況とイノベーション)。そして、健康保険者の格闘を簡単に概観する (VI. 新しい事業モデル構築に取り組む健康保険者)。最後に 2010年ヘルスケア改革法実施の進展に関する特徴を整理する (VII. 2010年ヘルスケア改革法実施の進展に関する特徴)。

<sup>9</sup> 小林篤「社会保険志向の米国ヘルスケア改革と保険加入インターネットサイト “Exchange” 導入の意義—保険加入システム・雇用主提供システムの変革とイノベーションへの期待—」損保ジャパン日本興亜総研レポート Vol.65 (2014年9月)で取り上げている。

<sup>10</sup> 小林篤「米国ヘルスケア改革におけるイノベーションと健康保険者—ヘルスケア提供システムのイノベーションとしての ACO モデルへの期待—」損保ジャパン日本興亜総研レポート Vol.66 (2015年3月)で取り上げている。

## II. Payorとしての連邦政府とイノベーションの取組

### 1. Payorとしての連邦政府部門 CMS

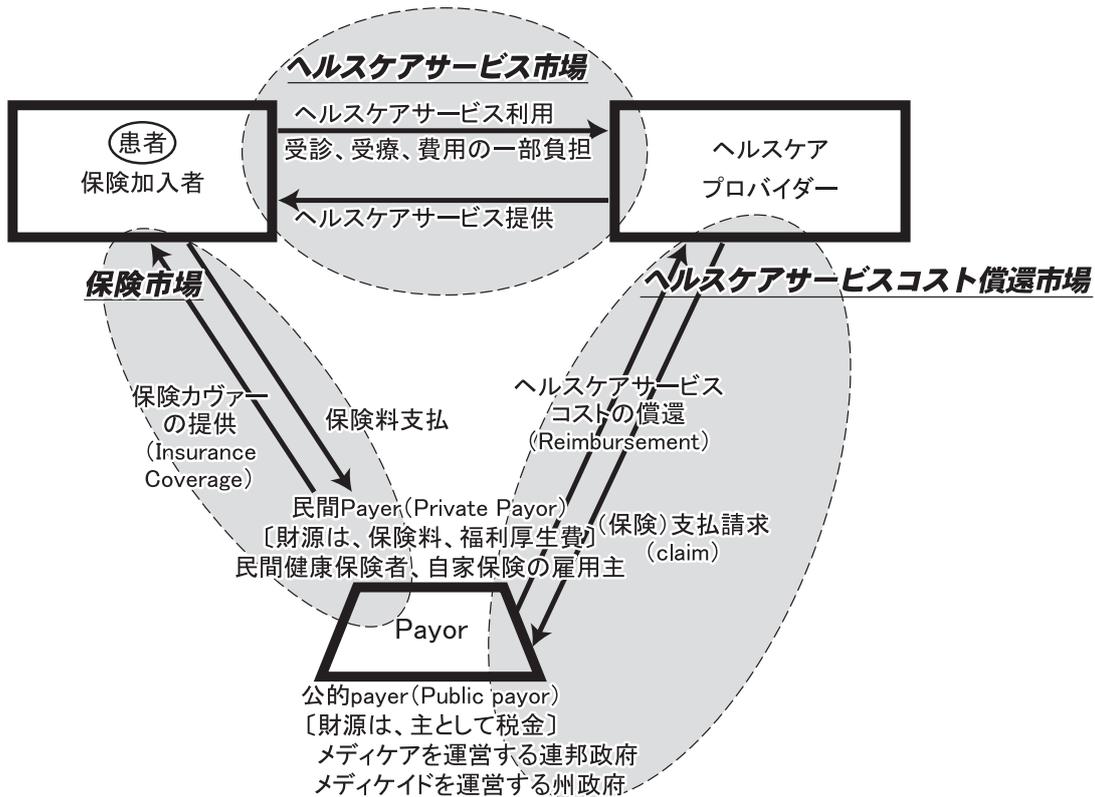
#### (1) ヘルスケアシステムにおける Payor という当事者と市場取引

米国のヘルスケアシステムに従事する者は、Payor という用語を多く使用する。米国のヘルスケアシステムを理解するためには Payor という用語は重要な用語である。

米国のヘルスケアシステムでは、ヘルスケアサービスに対する支払を現金で利用者が支払うこともある<sup>11</sup>が、ほとんどの場合はヘルスケアサービスの利用者ではなくヘルスケアプロバイダーでもない、第三者である Payor が支払う。病院等のヘルスケアプロバイダーは、サービス提供の対価を先に受領するのではなく、まずサービス提供を行った後に、そのコストを第三者である Payor に請求する (Claim と呼ばれる)。請求を受けた Payor はそのコストを自分の支払基準で支払う (Reimbursement と呼ばれる。日本では伝統的に償還と訳している)。償還はその都度決める方法もあるが、多くの場合には事前に当事者が協議して取り決めている。

つまり、米国のヘルスケアシステムの主要な当事者を模式化すると、当事者は患者・保険加入者などのヘルスケアサービス利用者、病院等のヘルスケアプロバイダーおよび Payor である (《図表 2》)。

《図表 2》米国ヘルスケアシステムの当事者と費用支払い方式



(出典) 損保ジャパン日本興亜総合研究所作成。

<sup>11</sup> 保険加入していない者については、支払能力があれば全額を私費支払いすることが可能である。なお、メディケイド対象外で支払能力が不足して保険加入できない無保険者は、私費支払いは困難である。ただし、病院の緊急救命サービス (ER) は無料で受けられるとの指摘がある (英国のBBCニュースサイト BBC News・Q&A: US healthcare reform (visited Mar.10, 2016) <<http://newsvote.bbc.co.uk/mpapps/pagetools/print/news.bbc.co.uk/2/hi/americas/8160058.stm?ad=1>>)

Payor は、民間と公的部門の二種類がある。主要な前者の例としては、民間健康保険者および自家保険で医療保障の福利厚生を提供する雇用主との二者があり、主要な後者の例としては主として高齢者に医療保障を行うメディケアを運営する連邦政府と低所得者に医療保障を行うメディケイドを運営する州政府との二者がある。

それぞれの当事者間には、それぞれの取引市場が存在する。ヘルスケアサービス市場では患者（保険加入者）と病院等のヘルスケアプロバイダーが当事者であり、市場取引がなされる。ヘルスケアサービス市場では、患者（保険加入者）は費用の一部負担をするが、基本的には費用負担者は Payor である。Payor とヘルスケアプロバイダーとが市場取引を行う、ヘルスケアサービスコストの償還に関する市場では、ヘルスケアプロバイダーは Payor に対して既に実施したヘルスケアサービスコストの支払請求（Claim）を行い、Payor は、ヘルスケアサービスコストの償還を行う。この市場では、基本的には自由であり、多様な方式・基準単価が存在する。この二つの市場以外の保険市場では、保険料の支払と保険カバーの提供（すなわち、保険事故であるヘルスケアサービスを必要とする事態が生じたら保険を使うことができる）が取引される。保険市場も、多様なサービス設計・価格設定が可能である。もちろん規制があるが、多様な方式が混在しているのが実態である。何れの市場においても取引方法、取引内容は多種多様であり、全米統一の単価・画一商品設計は考えにくい。

## （２）Payor でもある CMS

米国連邦政府保健福祉省の一部門である CMS は、制度運営に責任を負う主体でもあるが、同時に公的な Payor でもある。

メディケアは、連邦政府が実施する健康保険プログラムである。CMS は、メディケアを実施するために多くのヘルスケアプロバイダーと契約をしている。CMS は、メディケアのシステムでは Payor の立場に立ち、ヘルスケアプロバイダーに償還を行っている。

## 2. CMS におけるイノベーション主導組織とその取組

2010 年ヘルスケア改革法は、CMS にヘルスケアの品質と効率性を向上させる組織を設置し、全米全体のイノベーションを促進する戦略を策定しプログラムを実施することを定めた。この結果誕生したのが、CMS イノベーションセンター（Innovation Center）である。CMS イノベーションセンターは、七つのカテゴリーでイノベーションモデル（Innovation Models）を開発するプログラムを実施している（《BOX.2》）。

イノベーションモデルの七つのカテゴリーは、プライマリーケア<sup>12</sup>の拡大充実、ヘルスケア関係者の説明責任の進展、現行システムの重複・非効率性を排除することによる資源の有効利用、および効果的な実践の迅速な普及など現行制度で課題となっていることを、イノベーションによって解決しようとする考え方を示していると解することができる。

<sup>12</sup> プライマリーケアという用語は広義に使われることもあるが、本稿では患者が最初に受診する医師から受ける医療サービスの意味で用いる。プライマリーケアを提供する医師が、さらに専門的な診療が必要と判断した場合には患者を専門医に紹介するシステムが一般的である。

## 《BOX.2》 七つのカテゴリー

CMS は、開発中のイノベーションモデルを、次の七つのカテゴリーに分類している。

(出典) CMS のホームページ Innovation Models(visited Feb. 29, 2016)

<[https://innovation.cms.gov/initiatives/index.html#views=models&key=payment reform](https://innovation.cms.gov/initiatives/index.html#views=models&key=payment%20reform)>

### ①Accountable Care

Accountable Care Organization とその類似のヘルスケアモデルの設計思想は、ヘルスケアプロバイダーが患者集団に対して説明責任を果たすようにインセンティブを与えること、およびコーディネートされたヘルスケア、高品質のヘルスケアおよび効率的ヘルスケアの提供ができるようにするためにヘルスケアサービスに関するインフラストラクチャとヘルスケアサービスを実施する過程の作り直しに投資することである。

### ②Episode-based Payment Initiatives

episode of care の期間（入院加療または化学療法剤の投与などのイベントが引き金になって開始しその後ある期間に亘って継続する期間）に患者が受けるヘルスケアのコストと品質にヘルスケアプロバイダーが説明責任を果たすイノベーションモデルを開発する、問題解決に向けた新たな取組である。

### ③Primary Care Transformation

プライマリーケアを提供するプライマリーケアプロバイダーは、患者のヘルスケア需要に関する契約のキーポイントになっている。プライマリーケアへのアクセスを強化増大することは、健康度を向上させヘルスケアサービスの総費用の低減にとって決定的に重要である。Medical Homes と呼ばれる先進的なプライマリーケア事業活動は、チームベースのアプローチを用い、予防・ヘルスケア情報技術・ケアコーディネーション・患者ヘルスケアプロバイダー間での協働的意思決定を重視する。プライマリーケア改革にとって Medical Home モデル（注）は、プライマリーケアを抜本的に改革するために重要な役割を果たすことが期待されている。

（注） Medical Home モデルについては、IV. ACO の多様性とイノベーションの章を参照

### ④Initiatives Focused on the Medicaid and CHIP Population

メディケイドと児童健康保険プログラム（CHIP）は州政府が運営している。しかし、連邦政府と州政府の両方が財政負担をしている。これらのプログラムも参加協力する州と協力して問題解決に向けた新たな取組を行う。

### ⑤Initiatives Focused on the Medicare-Medicaid Enrollees

メディケアとメディケイドは異なる目的があるが、両方のプログラムの対象になっている者（Dual Eligible と呼ばれている）の存在は、両プログラムの費用支出を歪める要因となっている。両方のプログラムを完全に統合した、個人別のケアシステムを構築することによってより高品質で効率的なヘルスケアサービスの提供を確保できる。

### ⑥Initiatives to Accelerate the Development and Testing of New Payment and Service Delivery Models

ヘルスケアシステムを改善する多くのイノベーションは、全米各地の地域のコミュニティとヘルスケアリーダーからもたらされることになる。これらの地域のステークホルダーとパートナーシップを

組むことによって、明日のブレークスルーとなる今日のモデルを検証することを支援できる。この仕組みづくりに向けた新たな取組を行う。

#### ⑦ Initiatives to Speed the Adoption of Best Practices

最近の調査結果では、ベストプラクティスが検証されて臨床現場で実行されるまで平均 17 年を要し、さらに臨床現場のノウハウ・知識には大きな格差がある。CMS イノベーションセンターは、広範なヘルスケアプロバイダー、連邦政府部門、専門家の学協会その他の専門家・ステークホルダーとパートナーシップを組んで、エビデンスに基づくベストプラクティスを早期に普及させる仕組み作りに向けた新たな取組を行う。

### 3. CMS のリーダーシップを支える影響力

CMS は、メディケアの運営主体であり、州政府が運営するメディケイドに助成金を支払いその運営基準を定めている。また、メディケア制度の一部であるメディケア・アドバンテージ<sup>13</sup>は、健康保険者にとっては重要な市場である。

CMS は、メディケア・アドバンテージの給付条件を細かく定め、取り扱い健康保険者を監視監督しているなどの事情がある。このような事情があるので、CMS の影響力は絶大である。

自家保険の雇用主、多くの健康保険者にとって加入者のうち高齢者はメディケア対象者であり、メディケアの基準を除外することは不可能であるとの事情もある。

## Ⅲ. ヘルスケアの品質向上とヘルスケアコスト低減の両方を実現する Value-Based への取組

### 1. 2010 年ヘルスケア改革法による Value-Based 購入プログラムとメディケア償還方式の変遷

#### (1) 2010 年ヘルスケア改革法による Value-Based 購入プログラム実施

Value-Based への取組は、コストと品質という二兎を追う取組であるが、2010 年ヘルスケア改革法には、その困難な取組の一つとなる、CMS が病院を対象に Value-Based でヘルスケア購入をする Value-Based 購入プログラム（以下、HVBP プログラムという）を実施する規定<sup>14</sup>がある。HVBP プログラムは、メディケアにおける償還方式改革の一つとして CMS が実施している。HVBP プログラムでは、患者入院に関して CMS が定めた諸指標によって算定されたパフォーマンス結果に基づいて償還方法の調整（例えばボーナスまたはペナルティー）が行われる。HVBP プログラムの実施に先立って、病院は、自院において CMS が定める品質計測方法で計測したヘルスケアデータを CMS に提供するとともに公表することと引き替えに若干高めの支払を受ける。HVBP プログラムは、ヘルスケアの質と効率性の両方の向上を追求し、ヘルスケアサービスの説明責任（Accountability）を果たそうとする取組の一つである。

CMS は、2011 年 5 月 6 日に HVBP プログラム実施のための規則である Medicare Program; Hospital

<sup>13</sup> メディケア制度は、Part A、Part B、Part C、Part D と歴史的に拡大してきた。メディケア・アドバンテージは、Part C にあたる。ホームページ Healthcare.gov の用語集 (visited Feb 29, 2016) <<https://www.healthcare.gov/glossary/medicare/>> は、次のように説明している。メディケア制度において、メディケアと契約している民間健康保険者が Part A と Part B にある保険給付を提供する健康保険商品。HMO タイプ、PPO タイプ、民間版 fee-for-service (FFS) プラン、メディケア Savings Account プラン様々なタイプの商品があり、多くの商品は、処方箋薬も対象にしている。

<sup>14</sup> 1Pub. L. No. 111-148, sec. 3001, 124 Stat. 119, 353 (Mar. 23, 2010); 42 U.S.C. §1395ww (o).

Inpatient Value-Based Purchasing Program; Final Rule<sup>15</sup>を告示した。その告示のなかで、Value-Basedでヘルスケアを購入することは、アウトカムの実現とイノベーションに対して報いる仕組みへ向かって徐々に移行していく、重要な一歩であると考えていると、Value-Basedでヘルスケア購入をするプログラムの意義を説明している<sup>16</sup>。2010年ヘルスケア改革法がHVBPプログラム実施を規定したことは、連邦議会がメディケアの償還についてVolume（量）からValue（価値）への移行を志向する政策を推進していることを示していることと見ることができる。

2010年ヘルスケア改革法によるValue-Based購入プログラム実施に至るまで、メディケアの償還方法と償還政策は、変化してきた。メディケアは、1965年に創設された。創設時の償還方法は、民間健康保険者のBlue Cross/Blue Shieldが採用していた方法を導入した。その償還方式は、過去に実施した細かい処置（例えば注射など）一つ一つについてその手続きをしたことに対して支払う。その方法は、過去に発生したに基づきコストを償還する。この償還方式は、コストを節減しようとするインセンティブが無く、高い料金設定をした方が高い報酬が得られる結果となるうえ、ヘルスケアの品質、ケアの適正さおよび患者のアウトカムにどのように貢献したかは考慮されないと評されている<sup>17</sup>。

その後、メディケアに関する連邦政府の財政負担が大きくなると、連邦議会と連邦政府は償還方法の改革を進める償還政策を推進した。1982年連邦議会は、CMSに幾つかの州で費用のコントロールに成功した償還方式の例を参考にして病院に関して将来に目を向けたProspective Payment System（以下、PPSという）の創設を義務づけた。PPSは、患者入院の諸ケースを比較的同種同等の（homogeneous）カテゴリーに分類し、その分類にしたがって患者入院ケースあたり定額償還額を決めて支払う償還方式である<sup>18</sup>。過去に発生したイベントに関してヘルスケアサービスを提供したことに着目して費用の償還をするのではなく、事前に定めた額を支払う。もし病院で実際にかかった費用と事前に定めた定額償還額との間に差が生じたならば、病院は利益を得る場合と損失を被る場合が生じるという財務的リスクを背負うことになった。

その後も、メディケアでは償還方式に関する改革が続けられ、様々な償還方式が導入実施された。その一つに医師に関するものがある。1997年に立法されたBalanced Budget Act of 1997 (BBA)は、メディケアで医師に償還する新しい算出方式（formula）を採用することを規定した。新しい算出方式は、Sustainable Growth Rate（以下SGRという）formulaと呼称され、毎年SGRの目標値を定め、各種の調整措置を実施してメディケアにおける医師に対する支払総費用をコントロールする償還方式であり、SGRの目標値は、直接的に費用総額に限度を設けるものではないとCMSは説明している<sup>19</sup>。

2015年に立法されたMedicare Access & CHIP Reauthorization Act of 2015 (MACRA)は、SGR formulaの使用を2015年に終了し、次の段階に進めることを定めた。CMSは2015年から導入される二つの取組である、Merit-Based Incentive Payment System（以下MIPSという）とAlternative

<sup>15</sup> 42 CFR Parts 422 and 480

<sup>16</sup> 76 FR 2649

<sup>17</sup> Gerard F. Anderson et al, "Medicare Payment Reform: Aligning Incentives for Better Care," The Commonwealth Fund ISSUE BRIEF, June 2015.

<sup>18</sup> U.S. Department of Health & Human Services, Office of Inspector General, Office of Evaluation and Inspections (OEI), "Medicare Hospital Prospective Payment System : How DRG Rates Are Calculated and Updated," August 2001, p.1.

<sup>19</sup> CMS, "Estimated Sustainable Growth Rate and Conversion Factor, for Medicare Payments to Physicians in 2015," November 25, 2014 (Visited Mar. 10, 2016)

<<https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-payment/sustainablegratesconfact/downloads/sgr2015p.pdf>>.

Payment Model (以下 APM という) について、Value (価値) に対して支払うことを実現するための取組であり、またより良いヘルスケアを実現する目標をより速く実現するための取組でもあると説明している<sup>20</sup>。MIPS は、メディケアにおける医師への償還方式に関して、当事者のインセンティブに着目してメリットを与える償還方式を実現するためのシステムであり、ヘルスケアの品質、医療資源の有効利用、臨床上の改善および医療上の電子記録である電子カルテ (Electronic Health Record (HER)) の意味ある使用によって実現できるとする考えに基づくシステムである。APM は、ヘルスケアプロバイダーが提供したヘルスケアサービスそれぞれについて償還する伝統的な償還方法である Fee-for-service (FFS と呼ばれることが一般的である。出来高払いと訳されることがある。本稿でも必要に応じて FFS を用いる。) に代替する (Alternative) 償還方法である。具体的には CMS イノベーションセンター (Innovation Center) で開発された償還方式モデル、後述するメディケアにおいて ACO を実施する際の Medicare Shared Savings Program (MSSP) の償還方式モデルなどである。APM に参加しようとする医師は、電子カルテシステムを導入し、財務的リスクを負担することが参加条件になる<sup>21</sup>。

## (2) Volume から Value への CMS のリーダーシップ：2015 年のリリースとその意義

CMS は、2015 年 1 月にヘルスケアサービスの Volume に対する償還から Value に基づく償還へ移行させる志向を明確に示した “Better Care. Smarter Spending. Healthier People: Paying Providers for Value, Not Volume” と題するリリースを公表した<sup>22</sup>。

CMS のこの動きは、民間健康保険者の歓迎を得た。多くの民間健康保険者にとっては、Value-Based の償還方式とその方式に基づいてヘルスケアを提供するモデルの普及が促進されることを意味し、ヘルスケアプロバイダーがより効率的な Pay for Value が実現できるプログラムを受け容れる促進力になるからだという<sup>23</sup>。また、2016 年 2 月に実施した現地聞き取り調査でも、CMS の影響力が非常に大きく、促進力となる点については同様の見方が一般的だった。

しかし、関心意欲が高まっても、Volume から Value への道のりは、かなりの試行錯誤を覚悟する必要がある。償還方式の特性・範囲は様々であり、償還方式は多種多様な方式が考えられる (《BOX.3》)。当事者のインセンティブ、沿革経験、実施環境はそれぞれ異なるので、実態に合致する方法を案出し実装して試して改良を重ねていく必要がある。

<sup>20</sup> CMS のホームページ, Medicare > Value-Based Programs > MACRA MIPS & APMs > MACRA: MIPS & APMs, “The Merit-Based Incentive Payment System (MIPS) & Alternative Payment Models (APMs)” (Visited Mar. 10, 2016) <<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/MACRA-MIP-S-and-APMs/MACRA-MIPS-and-APMs.html>>

<sup>21</sup> Congressional Research Service, “The Medicare Access and CHIP Reauthorization Act of 2015 (MACRA: P.L.114-10),” November 10, 2015, p.10.

<sup>22</sup> CMS, “Better Care. Smarter Spending. Healthier People: Paying Providers for Value, Not Volume Rewarding Volume: Where We Are Now,” January 26, 2015 (visited Feb 29, 2016) <<https://www.cms.gov/Newsroom/MediaReleaseDatabase/Fact-sheets/2015-Fact-sheets-items/2015-01-26-3.html>>

<sup>23</sup> Patrick Connole, “Insurers Applaud CMS’s Goal to Diminish FFS, Boost Value-Based Payment Model,” Health Business Daily, Feb. 9, 2015.

《BOX.3》 償還方式の特性・範囲と多様性

| 特性           | 内容と範囲  |
|--------------|--|
| 償還支払の単位      | 単位とは支払の基礎となる要素である。範囲は、個々の検査などの一つのサービスから診療所を訪問して受ける一連の受療、疾病治療の一連のイベント、入院、最終的には対象集団まで                      |
| 時間軸の方向       | 遡及的 (retrospective) と前向き (prospective) の二つがある。遡及的とは、ヘルスケア提供後に判明するという意味であり、前向きとは、ヘルスケア提供に先立って決めるという意味である。 |
| 財務的リスクの負担の程度 | ヘルスケアのコストまたは潜在的な財務的損失に関連する不確実性の程度  |

(出典) Anne B. Casto et al, "Principles of Healthcare Reimbursement", 4th Edition, 2013, p.6.

三つの特性を軸に償還方式を上記のように整理することができる。三つの特性それぞれが広い範囲となっているので、多様な償還方式が可能になる。

時間軸の方向には、遡及的 (retrospective) と前向き (prospective) の二つがある。遡及的とは、対象となる期間が終了した後はそれまでにかかったコストが判明しているため、そのコストを基に償還額を決める方法である。ヘルスケアプロバイダーが提供したヘルスケアサービスそれぞれ（例えば、医師が外来にきた患者を診断すること、検査をすることなどの行為や処置）について償還する方法が伝統的に行われてきた。現在も引き続き実施されており、Fee-for-service の償還方法の代表格となっている。前向きとは、対象となる期間が始まる時点でこれから始まる対象期間に関する償還額を算出する方法（例えば、一日あたり (Per Diem)、一人あたり (Capitation) に設定される償還額でコスト償還算出式を決める）を予め決めておく方法である（実際資金を移転するすなわちキャッシュの受け渡しの時点と償還方式を取り決める時点は同一であるとは限らない。例えば、後者の前向きの場合、期間が開始する前に資金の移転をすることもあれば、資金の移転を期間終了時にすることもあれば）。

なお、メディケアで使用される Prospective Payment System は、ヘルスケアプロバイダーと契約の約定時点で決定し、その後は契約の約定が終了する時点まで不変である定額を償還する償還方法のシステムという意味であり、定額であることが強調されている ((visited Feb 29, 2016) <<https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-payment/prospmedicarefeesvcpmtgen/index.html>> )。

財務的リスクの負担に関する典型的例は、健康保険者などの保険者である。保険者は、保険開始後保険期間終了までに保険金支払等のコストの額を推定算出 (project) する。そして、推定算出した総額に見合う保険料を算出し、収支相等を実現する。しかし、推定算出された額は必ずしもそうなるとは限らない。推定算出した額以上の保険金支払額の債務が発生した場合、保険者は自己の資産から不足額を支弁して、保険金受取人に保険金を支払う。この推定算出額の見積もり違い（別の表現では、将来予測の不確実性）により、自己の財務状況に負の変動を与えてしまうリスクは、財務的リスクと観念されている。もし、ヘルスケアプロバイダーが payor と一人あたり定額による償還方式で契約したとすると、実際に掛かったコストが約定の金額より少なければ剰余を得ることができる。そうでは無く、実際に掛かったコストが約定の金額より多くなれば、自己の資産から不足額を支弁することになり、自己の財務状況に負の変動を与えてしまう財務的リスクを負担していることになる。

## 2. ヘルスケアの品質向上とヘルスケアコスト低減の両方の実現を目指す民間部門の取組

CMS が表明した、ヘルスケアサービスの Volume に対する償還から Value に基づく支払への志向その背景には、メディケアに関する連邦政府の財政負担の増大に関する懸念がある。この懸念と問題意識は、民間部門も同様にある。その一例として、Pacific Business Group on Healthcare（以下 PBGH という）のこれまでの取組を紹介する。

PBGH は、ヘルスケアに焦点を当てた、全米の大企業の連合組織でその利害代表の立場で活動するとともに、カリフォルニアの中小企業約 1 万社の従業員を対象に健康保険を購入する購入団体を運営している。PBGH は、そのホームページで全米最大のヘルスケアサービス購入団体の一つとして 25 年間に亘りヘルスケアシステム改革の努力を続けてきたと主張している<sup>24</sup>。PBGH は、2006 年にヘルスケアサービス購入者が期待することを纏めた報告書を公表した<sup>25</sup>。その報告書の表紙には、PBGH の基本的考え方を端的に示す Value=Cost+Quality という標語が刷り込まれている。同報告書は、Purchaser Expectations for Health Care Value: Advancing Health Plan and Provider Accountability との表題のとおり、健康保険者とヘルスケアプロバイダーに説明責任を求める内容となっている。特に健康保険料の高騰傾向に終わりがみえないことを問題視し、その要因として医療技術の進歩・ヘルスケア業界の労働力不足・社会の高齢化もあるが、健康保険者側、ヘルスケアプロバイダー側、ヘルスケアシステムのそれぞれにも要因があるとしている。すなわち、健康保険者側では競争の減殺、ヘルスケアプロバイダー側では独占的な供給体制、ヘルスケアシステムでは、より良い品質とより効率的なケアに対して報酬を与える市場機能の不存在、メディケア・メディケイド・無保険者に提供される資金の不足のためにこれらに要する費用が最終的に保険料にしわ寄せされること<sup>26</sup>を挙げている。解決すべき課題はそれぞれに存在し関係しており、関係者の協力関係無しに問題解決は不可能である。報告書は、最後に購入者・消費者・健康保険者・ヘルスケアプロバイダーの良好なコラボレーションがヘルスケアの価値を向上させる要諦であると述べて締め括りとしている。

なお、Value という概念は、たびたび Value for Money について議論する実業界や経営学では馴染み深い基本的なものである。著名な経営学者であるマイケル・ポーターは、米国のヘルスケア業界で多く使用されるバランスト・スコアカードの概念の提唱者であるロバート・キャプランとの共同論文“The Big Idea: How to Solve the Cost Crisis in Health Care”<sup>27</sup>などの多くの論文を経営学の雑誌に発表するほか、医学誌にも寄稿し、ヘルスケアサービス関係団体で講演するなどの活動によって Value 概念がヘルスケア分野で浸透するのに貢献したと考えられる。

## 3. メディケアにおける Value-Based の償還方式改革の進展

CMS は、メディケアにおいてヘルスケアサービスの Volume に対する償還から Value に基づく償還

<sup>24</sup> PBGH のホームページ (visited Feb 29, 2016) <<http://www.pbgh.org>>

<sup>25</sup> PBGH, “Purchaser Expectations for Health Care Value: Advancing Health Plan and Provider Accountability,” July 2006

<sup>26</sup> メディケイド対象外で、支払能力が不足して保険加入できない無保険者は、私費支払いは困難であるが、全くヘルスケアサービスが受けられないという訳ではない。病院の緊急救命サービス (ER) は無料で受けられると英国の BBC ニュースサイトが指摘していることを、本稿の脚注 11 で紹介した。病院は、この病院の緊急救命サービスのコストを患者からの支払で償還することはできない。したがって、他の Payor の支払請求に実質的に上乗せすることになる。Payor である健康保険者にも請求が廻り、それが保険料の増額に結びつくメカニズムがあるという業界の一般的な理解を前提にした表現である。

<sup>27</sup> Harvard Business Review, 2011 September, pp.47-64.

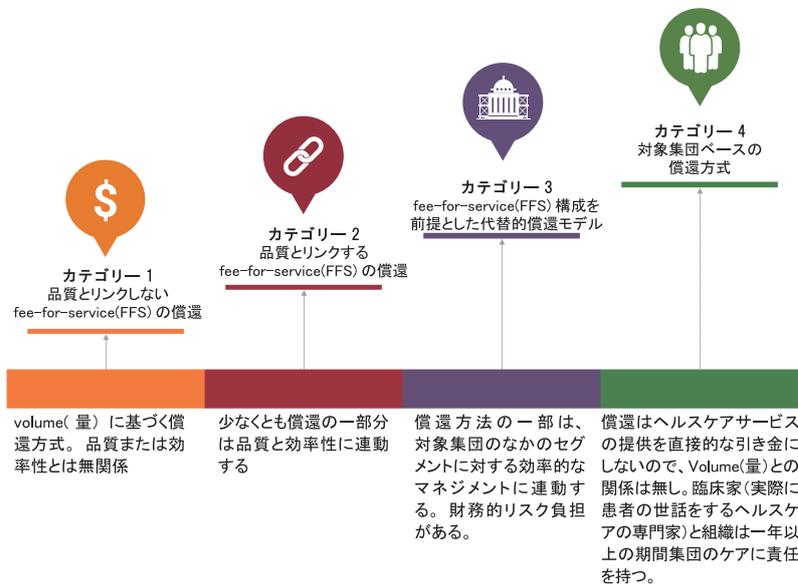
への志向を表明したが、メディケアにおける償還方式の主流は伝統的な Fee-for-service (FFS) であり、Value-Based の償還方式は徐々に進展しているのが現状である。

CMS は、メディケアで使用する償還方式を、その特性に応じて四つのカテゴリーに分類している（《図表 3》償還方式の四つのカテゴリー）。四つのカテゴリーは、以下のとおりである。

- ①「カテゴリー 1」：品質とリンクしない fee-for-service (FFS) の償還
- ②「カテゴリー 2」：品質とリンクする fee-for-service (FFS) の償還
- ③「カテゴリー 3」：fee-for-service (FFS) 構成を前提とした代替的償還モデル
- ④「カテゴリー 4」：対象集団ベースの償還方式

CMS は、償還方式の現状と進展を次のように説明している<sup>28</sup>。Value-based の償還方式は、カテゴリー 2 からカテゴリー 4 までである。カテゴリー 1 からカテゴリー 4 に向かうにしたがって、品質とヘルスケアサービスの総費用に関する説明責任が拡大し、対象集団に関する population health management に活動の中心が移動してくる。これらは、個別のヘルスケアサービスに対する償還方式では実現できない。2011 年以前は、メディケアの償還方式は、Volume（量）と関連づけられていた。ヘルスケアプロバイダーがどれだけ検査をしたか、何人の患者を診察したか、どれだけ処置をしたかに応じて償還していた。患者をどれだけ救ったか（逆に傷つけたか）は問わなかった。2010 年ヘルスケア改革法などに基づく改革によって、2014 年にはメディケアの償還方式は、患者の健康・福利厚生に関係づけて償還する、カテゴリー 3 とカテゴリー 4 の償還方式がおおよそ 20% に達するようになった。カテゴリー 3 とカテゴリー 4 は、APM であり、3 年前にはこれらのカテゴリーはごく僅かであった。

《図表 3》 償還方式の四つのカテゴリー



(出典) 損保ジャパン日本興亜総合研究所作成。

<sup>28</sup> CMS, “Better Care. Smarter Spending. Healthier People: Paying Providers for Value, Not Volume Rewarding Volume: Where We Are Now,” January 26, 2015 (visited Feb 29, 2016) <<https://www.cms.gov/Newsroom/MediaReleaseDatabase/Fact-sheets/2015-Fact-sheets-items/2015-01-26-3.html>>

#### 4. Value-Based 償還方式の促進に関する広範な合意と HHS の目標設定・知恵を集合する取組

Value-Based 償還方式を促進する動きとして、民間 Payor である民間健康保険者、雇用主の動向を紹介した。また、公的 Payor である CMS の動向についても触れた。ここでは、ヘルスケアプロバイダーの動向を紹介する。

米国病院協会 (American Hospital Association) は、政策検討をする委員会である AHA Committee on Research and Committee on Performance Improvement の報告書<sup>29</sup>を公表した。同報告書は、短期的政策として value-based 償還方式へ転換するつなぎの過渡的な償還モデルを開発すること、中長期的政策として幾つかの償還方式をブレンドした償還モデルを開発することを提言している。米小児科学会 (American Academy of Pediatrics) は、ホームページの会員向け Frequently Asked Questions<sup>30</sup>で、Payor が FFS から離れた Value-based 償還方式を追求しており、この動きには患者に価値を提供し効率性をあげようとする意図があることを説明した上で、医師に財務的なリスクがシフトする可能性に警告をしている。また、FFS の償還方式が必要となる場合をあげて、幾つかの償還方式が併存する将来を描いている。いずれも Value-Based 償還方式の促進に関して否定をするのではなく、対応を議論している。

Value-based 償還方式である APM の規定を含む Medicare Access & CHIP Reauthorization Act of 2015 (MACRA) が、連邦議会で超党派の支持と利害関係者の広範な支持を得て 2015 年に立法されたことも考え合わせると、Value-Based 償還方式への移行にはある程度の広範な合意が成立していると観ることができるだろう。

米国連邦政府保健福祉省 (HHS) は、2015 年 1 月に発表したニュースリリース<sup>31</sup>で、HHS はメディケアにおける伝統的な FFS の償還方式の 30%を 2016 年に、50%を 2018 年に APM に移行させるという目標を設定することを明らかにした。また、民間 Payor、雇用主、消費者、ヘルスケアプロバイダー、州政府、メディケア責任者その他の利害関係者が APM の促進について検討する組織として Health Care Payment Learning and Action Network (以下 HCP LAN という) を設置することも明らかにした。

HCP LAN は 2015 年から活動を開始している。そのなかの作業部会である Alternative Payment Model Framework and Progress Tracking (APM FPT) Work Group は、進展を観察できるフレームワークを作成し公表した<sup>32</sup>。同 Work Group は、米国のヘルスケアシステムは、FFS の償還方法からリスクを分担し対象集団をベースにした償還方法へ転換していくべきであるとの考えに立っている。《図表 3》に示す、償還方法の 4 つのカテゴリーは、左側の Volume based のカテゴリー 1 から Value based の償還方式を当然伴うカテゴリー 4 へ向かって転換していく進展が想定されている。

なお、償還方式の特性・範囲と多様性について触れた《BOX.3》において、償還方式を整理する特性

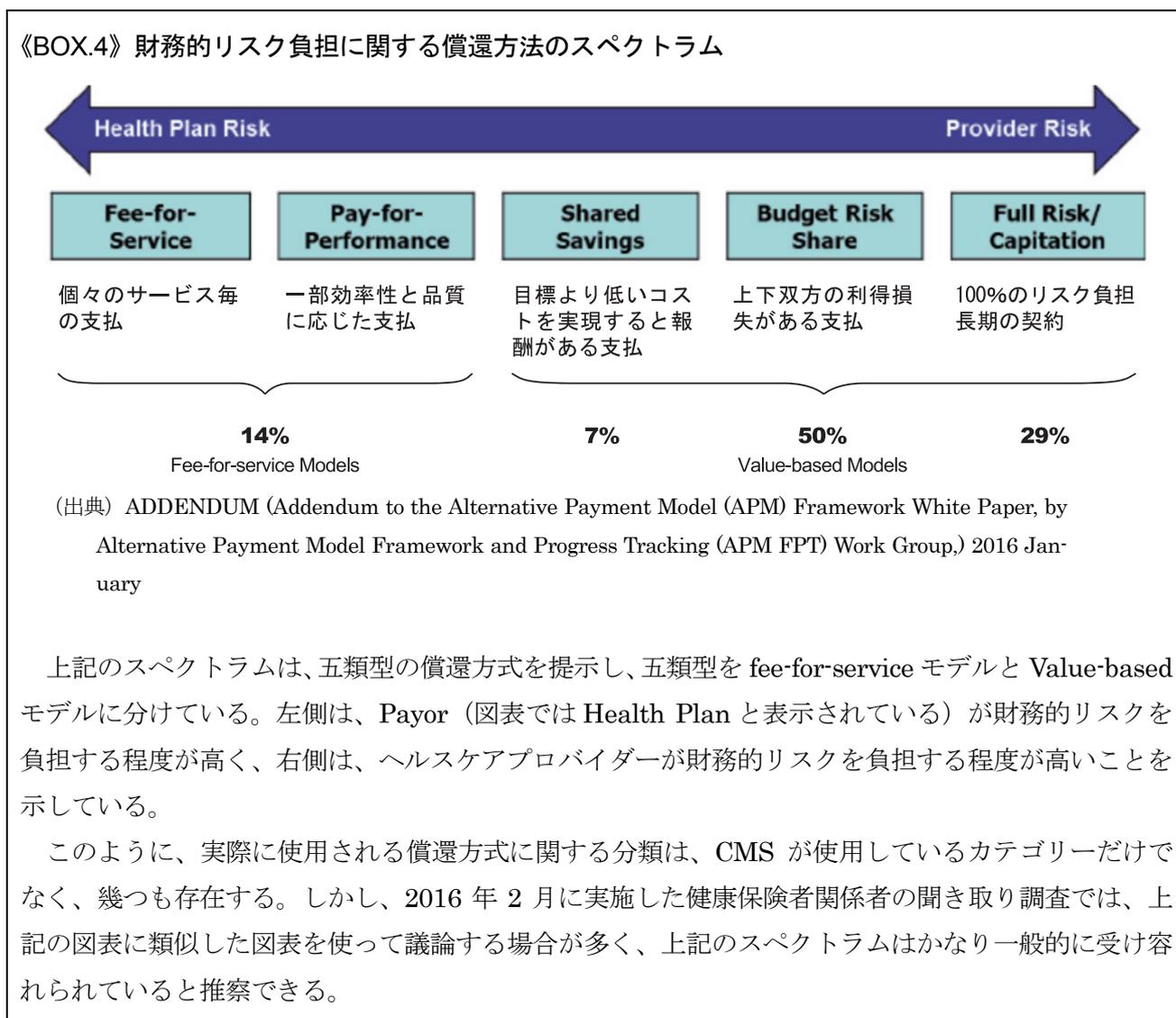
<sup>29</sup> American Hospital Association, Committee on Research and Committee on Performance Improvement, "Care and Payment Models to Achieve the Triple Aim," 2016, January.

<sup>30</sup> 米小児科学会 (American Academy of Pediatrics) のホームページ (visited Feb 29, 2016) <<https://www.aap.org/enus/professionalresources/practicesupport/Pages/PaymentModels.aspx>>

<sup>31</sup> U.S. Department of Health & Human Services, "Better, Smarter, Healthier: In historic announcement, HHS sets clear goals and timeline for shifting Medicare reimbursements from volume to value," January 26, 2015.

<sup>32</sup> Alternative Payment Model Framework and Progress Tracking (APM FPT) Work Group, "ALTERNATIVE PAYMENT MODEL (APM) FRAMEWORK Final White Paper," 2016 January.

として財務的リスクの負担の程度があると述べた。《図表 3》の償還方式のカテゴリーでは、財務的リスクだけがカテゴリー分けする特性になってはいない。ただし、Alternative Payment Model Framework and Progress Tracking (APM FPT) Work Group の報告書には、18 ケースを分析した分析した追補が付いており、健康保険者などの Payor とヘルスケアプロバイダー側の財務的リスクの負担の程度をスペクトラム（多様なものが織り成す広範な連続体）として示した図表を最後に掲げ、18 ケースの割合を示している（《BOX.4》）。



#### IV. ACO の多様性とイノベーション

##### 1. ACO の概略と Value-Based を必須要素とする償還方式

###### (1) ACO の一般的概念と多様な形態での実施

CMS が 2010 年ヘルスケア改革法に関する情報サイトとして開設したサイトでは、Accountable Care Organization（以下 ACO という）について次のように説明している<sup>33</sup>。ACO は、ヘルスケアプロバイ

<sup>33</sup> (visited Mar. 10, 2016) <<https://www.healthcare.gov/glossary/accountable-care-organization/>>

ダーのグループであり、患者にコーディネートされたケアを提供し、慢性疾患に関するディジーズマネジメントを行い、それらを実施することで患者に対するケアの質を改善する。ACO に対する償還は、ヘルスケアの目標品質とアウトカムを達成し、コスト節減を実現するかどうかに関連している。

また、次のような説明もある<sup>34</sup>。ACO は、医師と病院のネットワークであり、患者に対してコーディネートされたケアを提供する財務上と医学上の責任を負う。不必要な支出を制限できることが期待されている。個々の患者に対するケアの中心は、プライマリーケア医である。

以上の説明におけるキーワードは、ヘルスケアプロバイダーのグループまたはネットワーク、プライマリーケア、およびコスト節減・償還である。

ACO は確かにヘルスケアプロバイダーのグループまたはネットワークであるが、Payor と患者集団・対象集団も存在しないと成立しない。ACO には様々な定義、形態があるが、次の形態が一般的典型例になると考えられる（《図表 4》）。プライマリーケア医と病院がネットワークを形成し、コーディネートされたケアを対象集団に提供する。患者は対象集団に属する。対象集団に加わるのは自分から進んで登録する場合と自分の意思とは関係無しに登録される場合がある。もう一つ欠かせないのが、Payor である。ACO は、ヘルスケアの目標品質とアウトカムを達成し、コスト節減を実現すれば、報酬を得ることができる償還方式を採用することが一般的である。償還方式には、前向きの **prospective payment** が基本であるが、**FFS** と併存することも多い。

次に実例として Minnesota 州が実施している事例を紹介する<sup>35</sup>。大別すると三つのレベルで ACO モデルが実施されている。①連邦レベル、②州レベル、③民間レベルである。①連邦レベルでは、CMS が運営するメディケアで実施される National ACO モデルの実施例として、Medicare Shared Savings Program (MSSP) モデル<sup>36</sup>、Advance Payment ACO モデル<sup>37</sup>および Pioneer ACO モデル<sup>38</sup>である。②州レベルは、州が運営するメディケイドの Minnesota Medicaid ACO モデルである<sup>39</sup>。③民間レベルの ACO は Commercial ACO と呼ばれ、Total Cost of Care (TCOC) Arrangement<sup>40</sup>の下で運営されている。

<sup>34</sup> Jenny Gold, "Accountable Care Organizations, Explained," Kaiser Health News, September 14, 2015,

<sup>35</sup> ミネソタ州政府のホームページ(visited Feb 29, 2016)

<[http://www.dhs.state.mn.us/main/idcplg?IdcService=GET\\_DYNAMIC\\_CONVERSION&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=SIM\\_ACO](http://www.dhs.state.mn.us/main/idcplg?IdcService=GET_DYNAMIC_CONVERSION&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=SIM_ACO)>

<sup>36</sup> メディケアの受給者集団を対象としてヘルスケアの質の改善と不必要なコストの節減の両方を達成したときに、節減額を参加している病院・医師・その他のヘルスケアプロバイダーが分有 (share) する方式の ACO。fee-for-service (FFS) の償還方式を基本とするなかで、prospective な償還方式を併用する。

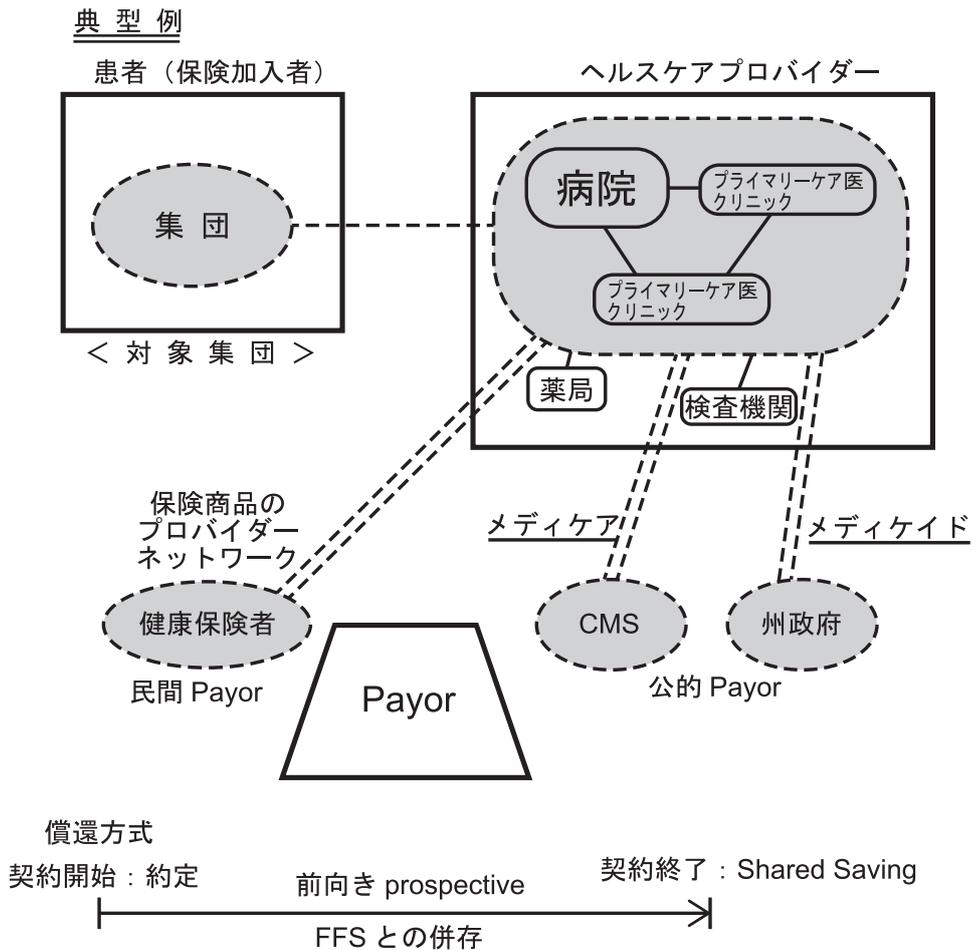
<sup>37</sup> 地方部 (rural) の医師を中心とするヘルスケアプロバイダーがスタートアップ事業として開始する場合に、CMS が各種の資源提供を行う ACO モデル。

<sup>38</sup> MSSP モデルとは切り離して、既にケアコーディネーションを実施したことがある ACO を対象として、民間 Payor も参加して、各種の償還方式がどの程度インパクトを与えるか検証する ACO モデル。

<sup>39</sup> ミネソタ州のメディケイドにおいて Integrated Health Partnerships (IHP) が 145 百万人の対象集団に対して実施する ACO モデル。

<sup>40</sup> 自家保険を実施している雇用主の従業員集団、民間健康保険者に加入している被保険者集団等を対象に実施される ACO モデルで使用されるヘルスケアプロバイダーとの協定で、コスト・品質・アウトカムの三つ全部を目標とするもの。

《図表 4》 ACO の典型例



(出典) 損保ジャパン日本興亜総合研究所作成。

(2) ACO の類似モデルと実践現場での選択

ACO モデルと類似したモデルとして Medical Home モデルがある。ACO モデルと Medical Home モデルは、ともにヘルスケア品質向上とヘルスケアコスト低減の両方を実現する解決策である。

Medical Home は、Patient-Centered Medical Home とも呼ばれることもある、プライマリーケアを組織的に構成する方法の一つである。プライマリーケアを組織的に構成する目的は、ケアコーディネーションとコミュニケーションを重視し、プライマリーケアを患者がこうあって欲しいとなるように変革することである。Medical Home の方法は、より高い品質とより低いコストを実現し、併せて患者とヘルスケアプロバイダーの双方にとり experience of care (患者満足など多くのヘルスケア品質を測る指標) を改善できると期待されている<sup>41</sup>。

問題解決を図ろうとする実践現場では、理論上はACO モデルと Medical Home モデルを選択できる。しかし、現場では、ACO モデルがよいか Medical Home モデルがよいかという議論は行われていないという。2006 年 2 月の聞き取り調査では、状況に応じてどのモデルにするか決めており、ACO はどこ

<sup>41</sup> ヘルスケア認証機関 NCQA のホームページ、Patient-Centered Medical Home (PCMH) Recognition (visited Mar. 10, 2016) <<http://www.ncqa.org/Programs/Recognition/Practices/PatientCenteredMedicalHomePCMH.aspx>>.

でも当て嵌まる（One fits all）モデルではないことが強調されていた。

### （3）Value-Based を必須要素とする ACO の償還方式

FFS の償還方式を伴う場合でもコスト節減・品質改善を基本要素としている ACO は、以上の事例に関する説明でも明らかのように、Value-Based の償還方式を導入している。逆に言えば、ACO は Value-Based の償還方式無しには、コスト節約、品質改善を実現することはできないことになっているのである。

## 2. ACO の来歴と達成目標

ACO の来歴については幾つかの説がある。別稿<sup>42</sup>でその一つを紹介した。ここでは先行したカリフォルニア州の事例を紹介する。同州には、健康保険者の機能とヘルスケアプロバイダーの機能を統合した巨大な非営利団体である Kaiser Permanente がある。Kaiser Permanente は、1930 年代に炭鉱労働者を対象として健康保険料に相当する事前拠出した労働者にヘルスケアサービスを提供する組織として発足し、その後労働者以外の地域住民も対象に拡大した。現在、10.2 百万人が加入している<sup>43</sup>。同州のヘルスケアプロバイダー、特にヘルスケアプロバイダーグループは、Kaiser Permanente と競争関係にあり、競争力があるビジネスモデルが必要となっている。ACO モデルはその一つになるという事情もあり、同州では、2010 年ヘルスケア改革法が ACO モデルを採用する前から ACO モデルの開発研究が行われてきた。その一つが、非営利団体 Integrated Healthcare Association (IHA) が 2013 年から 2015 年に実施した Accountable Care Organization Case Study である。そのプロジェクトの中心的メンバーの一人であるカリフォルニア大学バークレー校の James Robinson 教授は、2016 年 2 月の聞き取り調査で、以下の指摘をしていた。

ACO モデルは、現行のヘルスケアシステムのなかで実現可能な（feasible）な取組として多くの実践が行われてきた。ある人達は、ACO を革命的（revolutionary）として期待しているが、そうではない。漸進的なものである。

CMS が実施している ACO モデルは、カリフォルニア州で先行実施してきたモデルも取り入れてどの環境にも適応できるように適度に緩和した（moderate）ものである。ACO モデルで重要な要素は、組織的な統合（organizational integration）、データシステムの統合（data systems integration）および償還方式に適切なインセンティブを組込むことである。

また、ACO を組成する手順とその成果を分配するには、上記の 3 つの重要な要素を考慮する必要があるとも指摘していた（《BOX.5》）。データシステムの統合はこの指摘を考慮すると不可欠であり、また電子カルテシステムの利用も不可欠となる。

<sup>42</sup> 小林篤「米国ヘルスケア改革におけるイノベーションと健康保険者—ヘルスケア提供システムのイノベーションとしての ACO モデルへの期待—」損保ジャパン日本興亜総研レポート Vol.66 (2015 年 3 月)

<sup>43</sup> Kaiser Permanente のホームページ(visited Mar. 10, 2016)

<<http://share.kaiserpermanente.org/article/fast-facts-about-kaiser-permanente/>>

### 《BOX.5》 ACO 組成の手順と成果の分配

- 1 患者は特定の医師に連結する (link) する必要がある。連結すれば、医師は患者に対して説明責任を果たすことができる。  
連結の方法には、二つある。
  - ① Attribution : 保険請求データに基づき患者が最も受療した医師に連結する。患者の意思を確認することも無いので簡単だが、連結は弱い。多くの健康保険者の ACO モデルで採用されている。
  - ② Affinity : 患者が特定の医師をプライマリーケア医として選択する。その医師が説明責任を果たす。このやり方は、難しいが強い。
- 2 医師は保険請求データその他の情報にアクセスできるようにする。そのデータ・情報は全てのヘルスケアプロバイダーから提供される必要がある。
- 3 償還方法は、出来高払いの FFS だけでなく、FFS と患者一人あたり月あたりのマネジメント手数料のブレンドとする必要がある。
- 4 プライマリーケア医は、高価な画像診断、検査、専門医の診療の減少によって生み出された節約額を分有する必要がある。

### 3. CMS プロジェクトの成果と ACO の普及状況

#### (1) ヘルスケア改革法に基づく CMS の取組成果

2010 年ヘルスケア改革法に定める Medicare Shared Savings Program (MSSP) は、2015 年現在全米で実施され ACO の数は 404、対象集団の人数は 7.3 百万人となっている<sup>44</sup>。

CMS は、これまでの取組成果について、2014 年にはメディケアの ACO は、ヘルスケアの品質を改善しコストの増勢を落としたと発表<sup>45</sup>している。MSSP プログラムの実績について、92 の ACO が、目標値よりも 806 百万ドル少ない支出となり、成果報酬として 341 百万ドルを得た。もし目標値よりも多い支出実績となって損失が生じた場合に CMS がその損失を負担する償還方式を採用したケースでも損失は生じなかった。

#### (2) ACO の普及状況

ACO の普及は進み、2015 年初めには ACO は 744 に達したとの調査結果がある<sup>46</sup>。また、全米の ACO

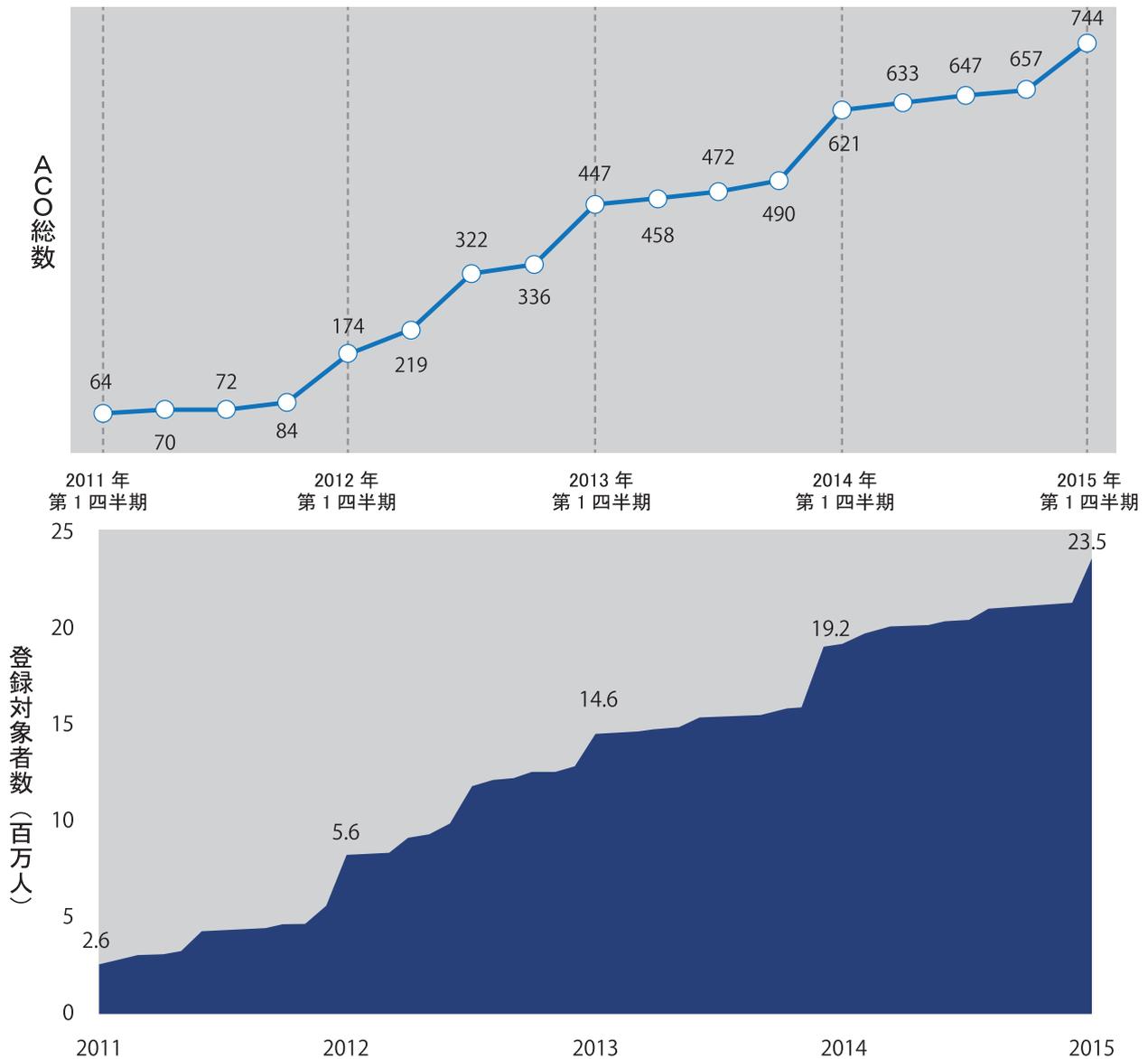
<sup>44</sup> CMS, "FAST FACTS: All Medicare Shared Savings Program (Shared Savings Program) ACOs," (visited Mar.10, 2016) <<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/Downloads/All-Starts-MSSP-ACO.pdf>>

<sup>45</sup> CMS, "Provide Improved Care While Slowing Cost Growth in 2014," (visited Mar.4, 2016) <<https://www.cms.gov/Newsroom/MediaReleaseDatabase/Factsheets/2015Factsheetsitems/20150825.html>>

<sup>46</sup> David Muhlestein, "Growth And Dispersion Of Accountable Care Organizations In 2015", Health Affairs Blog, March 31, 2015 (Visited Feb 29, 2016) <<http://healthaffairs.org/blog/2015/03/31/growth-and-dispersion-of-accountable-care-organizations-in-2015-2/>>

名簿を作成している別の調査機関が発行する 2016 年版に収録されている ACO は 641 となっている<sup>47</sup>。2010 年以降 ACO に関して継続的に調査しているコンサルティング会社である Leavitt Partners 社は、ACO 総数も登録者数も拡大基調が続いているとの発表をしている（《図表 5》）。ACO 実施の Payor 数も増加する推移となっている（《図表 6》）。

《図表 5》 ACO の推移（2011 年から 2015 年第 1 四半期まで）



(出典) David Muhlestein, "Growth And Dispersion Of Accountable Care Organizations In 2015", Health Affairs Blog, March 31, 2015 (Visited Feb 29, 2016)

<<http://healthaffairs.org/blog/2015/03/31/growth-and-dispersion-of-accountable-care-organizations-in-2015-2/>>

出典とした記事には、本図表は Leavitt Partners Center for Accountable Care Intelligence の調査結果に基づく注記がある。

<sup>47</sup> MCOL, "Accountable Care Directory 2016," 2016.

《図表 6》 ACO 実施の Payor 推移 (2011 年から 2015 年第 1 四半期まで)



(出典) David Muhlestein, “Growth And Dispersion Of Accountable Care Organizations In 2015”, Health Affairs Blog, March 31, 2015 (Visited Feb 29, 2016)

<<http://healthaffairs.org/blog/2015/03/31/growth-and-dispersion-of-accountable-care-organizations-in-2015-2/>>

出典とした記事には、本図表は Leavitt Partners Center for Accountable Care Intelligence の調査結果によるとの注記がある。

#### 4. ACO の課題克服の取組とイノベーション

ACO モデルで重要な要素は、組織的な統合、データシステムの統合および償還方式に適切なインセンティブを組み込むことであるとの指摘を紹介した。組織的な統合は、病院、医師、そして薬局、検査機関などの複数の事業主体が連携して機能を発揮する組織的な統合は、ACO の課題の一つである。単に協定を結ぶだけでは機能しないことが多い。その意味で、一つの組織のなかに事業組織を組み込む方法も有効な選択肢になる。Kaiser Permanente が、一つの組織に統合された組織統合が最も高い ACO と解釈されるのは不思議ではない。また、もう一つの課題である、適切なインセンティブを組み込んだ償還方法はそのケース毎に異なり一般解は存在しない。個別に試行錯誤して発見する以外に方法は無いと思われる。

ACO モデル自体が一つのイノベーションである。近年進展が著しい情報通信技術は、ACO に関わるイノベーションを促進する可能性が高い。データシステムの統合と情報通信技術の進展は、複数のデータ提供元から提供される大量のデータを迅速に統合して処理することを可能にし、さらに関係者の意思決定に役立つ予測モデルの開発も可能にしている。最近では、このようなデータ解析 (Data Analytics) を専門に提供する事業者も現れている。情報通信技術の導入普及は今後さらに加速するものと予想されている。

## V. Exchange の進展状況とイノベーション

### 1. 2010 年ヘルスケア改革法における Exchange の役割

2010 年ヘルスケア改革法の立法実施によって運用が開始した **Exchange** は無保険者を減らすための政策の一つである。保険加入の方法は、2010 年ヘルスケア改革法の立法実施によって拡大した。それまで、健康保険加入の方法は、健康保険者が販売する保険に個人加入するか団体加入するか、あるいは雇用主が提供する団体保険（雇用主が実施する自家保険を含む）が主要なものであった。そこに、新しくインターネット技術の進展によって実現した、政府が運営する保険加入システムが追加されるようになったのである。

しかし、**Exchange** は無保険者を減少させるだけの役割だけで終わらない。なぜなら、健康保険者は **Payor** の一つであり、ヘルスケアを利用できるファイナンスを保険加入者に提供する。健康保険は、だれでもヘルスケアサービスにアクセスできるユニバーサルサービスを実現するための手段でもある。保険加入者の増加は、ヘルスケアサービスを受ける機会が少なく、疾病予防サービスを受けたことがほとんど無い、高リスク層を減少させる。その結果、米国国民全体の健康度を上げることに繋がる効果が期待できるのである。

### 2. 実施状況の概観

#### (1) 二つの Exchange

これまで 2010 年ヘルスケア改革法によって保険加入サイトを使って、保険未加入者が保険加入できるシステムとして **Exchange** の用語を使ってきた。法令上の正式名称は **Health Insurance Marketplace** であり、**Exchange** が通称である。政府運営の **Exchange** 普及は、民間部門に同様のシステムを導入する機会を与え、民間部門でもインターネットサイトを利用した保険加入システムである **Exchange** システムの導入が活発になった。現在、政府運営の **Exchange** を **ACA exchange** と呼び、民間運営の **Exchange** を **Private exchange** と呼ぶことが一般化している。以下、本稿でも、**ACA exchange** と **Private exchange** の用語を使う。

**Private exchange** は、多くの者が利用し、かつ標準化が図られている **ACA exchange** の手法を民間側が採用したものである。**Private exchange** は、主として大企業の従業員を対象にしている。その背景には、雇用主に節減志向と選択肢提供の高度化などニーズが存在しているという背景がある<sup>48</sup>。

#### (2) ACA exchange の対象範囲と進展状況

**ACA exchange** は、全ての保険加入者を対象にしている訳ではない。保険市場のうち、一部のセグメントを対象にしている。健康保険市場には、個人加入市場 (**nongroup**)、小規模団体市場 (**small group**)、大規模団体市場 (**large group**) の三つのセグメントがある。2010 年ヘルスケア改革法は、前の二者を対象にし、個人加入市場 (**nongroup**) には **Exchange** を、小規模団体市場 (**small group**) 向けには別途 **Small Business Health Options Program (SHOP)** を用意した。後者の大規模団体市場では、2010

<sup>48</sup> **Private exchange** の来歴・背景については、小林篤「社会保険志向の米国ヘルスケア改革と保険加入インターネットサイト“Exchange”導入の意義—保険加入システム・雇用主提供システムの変革とイノベーションへの期待—」損保ジャパン日本興亜総研レポート Vol.65 (2014 年 9 月)」で詳説した。

年ヘルスケア改革法が制定される前に既に契約している団体健康保険についてはそのまま継続することができ、ACA exchange の対象にはならない。既存条件の継続を認める祖父条項の名称をとって、このような契約は Grandfather と呼ばれている。なお、個人契約者と中小企業団体契約者は、過渡的に 2010 年ヘルスケア改革法が制定される前に既に契約している健康保険をそのまま継続することができる経過措置が実施されている。この経過措置は、公式には transitional policy、通称として Grandmothering と呼ばれている。以上述べた対象範囲の設定は、一般の国民にとって複雑であり、理解しにくい。ハワイ州政府のホームページは、一般的な州民の選択肢を次のように説明している<sup>49</sup>。2014 年については、基本的に次の三種類の選択肢がある。① “Grandfathered 2010” health plans。Grandfather と呼ばれている保険契約の商品で、この健康保険は ACA exchange では販売されない。大規模団体市場で、団体契約として販売されている。② “Transitional renewal plans”。Grandmothered health plan という通称の健康保険である。2010 年ヘルスケア改革法が定める健康保険の内容を一部含むが、その全ての内容を含んではいない。現時点で有効に契約されており、2014 年に同一内容で更改される（後日、見直されることがあり得る）。この健康保険は ACA exchange では販売されない。通常の保険市場で購入する。③ “Fully compliant ACA” plans。2010 年ヘルスケア改革法が定める健康保険の内容を全て含んでいる健康保険商品。ACA exchange でも、ACA exchange 外でも購入できる。

ACA exchange には、連邦政府運営の Exchange (Federally-Facilitated Marketplace) と州政府運営の Exchange (State-Based Marketplace) とがある。2015 年加入申込時には連邦政府の運営 Exchange が 34、州政府運営の Exchange が 14、州政府運営だが連邦政府のシステムを利用する State-Based Marketplaces Using the HealthCare.gov Platform が 3 あった。2015 年にはこれらの Exchange を合わせて、1000 万件以上の加入登録があった（《図表 7》）<sup>50</sup>。

ACA exchange は、かなりの進展があったとすることができる。

《図表 7》 ACA exchange 加入実績（2015 年加入申込者）

（単位 件）

| ACA exchange の種類 | 登録期間 2014 年 11 月 15 日から 2015 年 2 月 15 日まで |
|------------------|---|
| 連邦政府システム（注）      | 8,838,291                                 |
| 州政府独自システム        | 2,849,793                                 |
| 合計               | 11,688,074                                |

（注）州政府運営だが連邦政府のシステムを利用する State-Based Marketplaces Using the HealthCare.gov Platform を含む。

（出典） Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, “HEALTH INSURANCE MARKETPLACES 2015 OPEN ENROLLMENT PERIOD: MARCH ENROLLMENT REPORT,” ASPE Issue Brief, March 10, 2015, p.5.

<sup>49</sup> ハワイ州保険庁（Department of Commerce and Consumer Affairs, Insurance）のホームページ、Affordable Care Act in Hawaii- Update on “Grandmothered” Plans (visited Mar.10, 2016) <<http://cca.hawaii.gov/ins/affordable-care-act-in-hawaii/update-on-grandmothered-plans/>>

<sup>50</sup> U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, “HEALTH INSURANCE MARKETPLACES 2015 OPEN ENROLLMENT PERIOD: MARCH ENROLLMENT REPORT,” ASPE Issue Brief, March 10, 2015, p.5.

### 3. 社会保険的保険商品販売を実施する ACA exchange の課題とその解決策

#### (1) 3R と呼ばれる Risk mitigation 措置の必要性とその実施状況

第 I 章で、米国の民間健康保険者は、社会保険における公的健康保険者に類似する事業環境に置かれていると指摘した<sup>51</sup>。保険加入申込者が自由に選択できる通常の保険市場において（ACA exchange もその一つである）で、保険加入者に社会保険的な健康保険に加入する義務を課し、民間健康保険者にその引受義務を課した法律を制定しただけでは、それは実現できない。なぜなら、保険事業には、情報の非対称性の問題と将来の不確実性の問題があるからである。

情報の非対称性の問題として、保険者は保険申込者がどの程度の保険リスクを保有しているか（健康保険ではどの程度保険給付が発生するか）について保険申込者からの情報提供がなければ把握できないという問題がある。また、健康保険では保険に加入した後、保険加入者が保険加入時に予想していた保険給付の発生状況よりも悪化しているかを把握することはできないという問題もある。これまで保険加入したことがない新規加入申込者を多数加入できる仕組みとして発足する ACA exchange の場合、この情報の非対称性問題は、民間健康保険者の安定的な事業を大きく阻害し、保険給付自体に問題が生じる恐れがある。このため、2010 年ヘルスケア改革法は、本格実施の 2014 年から 3 年間健康保険者の事業リスクを軽減する Risk mitigation 措置として、ACA exchange に参加する健康保険者を対象として、ACA exchange を実施する各州単位の Reinsurance プログラムと連邦政府が全米単位に実施する Risk Corridor プログラムを設けたのである。各州単位に実施される Reinsurance プログラムは、州内の全ての健康保険者（雇用主が自家保険を行っている場合には、自家保険の業務運営を請け負っている健康保険者が自家保険実施の雇用主を代理して）が高リスク保険集団を引き受けた ACA exchange の健康保険者を支援するために拠出金を負担する Risk mitigation 措置である。連邦政府が全米単位に実施する Risk Corridor プログラムは、それまで引き受けたことがない保険加入者を引き受けたことから生じる不正確な保険料設定によって健康保険者が保険給付水準の予想を外してしまい損失を被る可能性と逆に予想以上の利益を得る可能性があるとの問題に対処するために、目標とする水準からの乖離が許容できる範囲内の変動に収まるように、ACA exchange に参加する健康保険者と連邦政府との間で変動リスクを分有する risk mitigation プログラムである。目標とする保険給付水準は、保険料のうち医療保障給付に当てる割合を法定した Medical Loss Ratio (MLR) を考慮して決められる。ACA exchange に参加する健康保険者は、プログラム開始時に連邦政府が定める方法に資金を拠出し、一定期間経過後許容できる範囲内に変動が収まるように連邦政府から還付を受ける仕組みである。

保険事業に関する将来の不確実性の問題として、逆選択の問題がある。一般に保険会社は、販売する保険商品で設定している保険料水準と保険引受基準に合致している加入者のみを引き受け、合致しない加入希望者は引き受けない。この活動は、危険選択と呼ばれている。逆選択は、保険会社ではなく、保険加入者が保険会社を選択していると見えるから命名されたと言われている。保険会社にとって危険選択が不可欠な理由は、事業収支を悪化させ、保険料水準を加入者が支払いたくない水準まで引き上げざるを得ない状況を回避するためである。これは一見事業運営の損得に関係する問題のように見えるが、

<sup>51</sup> 米国の民間健康保険者が、社会保険における公的健康保険者と類似する環境にあることについて、小林篤「社会保険志向の米国ヘルスケア改革と保険加入インターネットサイト“Exchange”導入の意義—保険加入システム・雇用主提供システムの変革とイノベーションへの期待—」損保ジャパン日本興亜総研レポート Vol.65（2014 年 9 月）」でも説明した。

保険事業では製造業と異なり製品に使用する部品の原価低減や流通業の仕入れ商品の低価格化を実現する、原価低減は困難であるという事業特性がある。保険事業では、引き受けた保険リスクを低下あるいは消滅させることはできない。換言すれば、技術革新または取引方法の改善による原価低減に大きく期待することは困難である。なぜなら、保険事業では大数の法則を使った、顧客のリスクをプールして、事業の収支を安定化することを行っているだけであり、原価の大きな部分を構成する顧客のリスクは、保険者が引き受けた後に技術革新による低下も顕著な改善も出来ないからである。2010年ヘルスケア改革法は、健康保険者に危険選択を禁止したので、例えば、慢性疾患患者が多い、高いリスク集団を引き受けた健康保険者は、恒常的に赤字運営になる可能性がある。このため、保険引受年度毎に低いリスク集団を引き受けた健康保険者から高いリスク集団を引き受けた健康保険者に資金を移転させ、恒久的に健康保険者の事業リスクを軽減する Risk mitigation 措置として、ACA exchange に参加する健康保険者だけでなく、参加しない健康保険者も対象として（すなわち、全ての健康保険者を対象として）、連邦政府が定める方法に基づき各州単位に実施する Risk Adjustment プログラムを設けたのである。

上記の段落で逆選択の問題を、保険事業に関する将来の不確実性の問題として説明した。逆選択は、情報の非対称性の問題でもある。保険者は保険申込者がどの程度の保険リスクを保有しているか（健康保険ではどの程度保険給付が発生するか）について保険申込者からの情報提供がなければ把握できない（保険加入申込の時点も保険加入後の時期も）という、情報の非対称性は、保険加入者の逆選択をもたらす大きな要因でもある。CMS は、Risk mitigation 措置が必要である理由を、逆選択が存在するからであると説明をしている<sup>52</sup>。ACA exchange は、情報劣位の民間健康保険者が通常の保険市場と同じく激しく競争し、かつ保険加入者が社会保険的給付の健康保険商品を選択する特異な市場である。この市場においては、通常の保険市場における逆選択の問題が深刻化する。結局、上述した諸問題は ACA exchange における逆選択問題の深刻化によって生じた課題なのであり、そしてその課題に対処するための Risk mitigation 措置が導入されることになったのである。

Risk mitigation 措置の三つのプログラムは、Reinsurance、Risk Corridor および Risk Adjustment と命名されており、その頭文字を取って 3R と呼ばれている。

2016年2月の聞き取り調査における、3Rの実施状況に関する専門家の見解は、Reinsurance と Risk Adjustment は所期とおり機能しているが、Risk Corridor は全く機能していない、欠陥が露呈していた。Risk Corridor については、当初連邦政府がどの程度損失補填に関与するか不明確であったが、その後の立法によって連邦政府は財政的中立を保つことが義務づけられ、連邦政府による損失補填は不可能になった。健康保険者は毎年度 Risk Corridor プログラムへ拠出し次年度分の負担の調整を行う。2014年度分の償還額は当初の期待より大幅に少ないものとなったため、ACA exchange へ参加し初年度に損失を計上した健康保険者の中には Risk Corridor プログラムからの回収・補填が不十分となるケースも出現してしまったという。

3R と呼ばれる risk mitigation プログラムは、いずれもプログラム参加健康保険者が詳細な基準にそって正確なデータを収集する組織能力と経験があつて、期日とおりに提供することが円滑な運用の必

<sup>52</sup> U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight, "Reinsurance, Risk Corridors, and Risk Adjustment Final Rule," March 2012 (visited Mar. 4, 2016) <<http://www.cms.gov/ccio/resources/files/downloads/3rs-final-rule.pdf>>.

要条件となっている。スタートの年度である 2014 年は必ずしも組織能力・経験が全ての健康保険者に備わっていなかった。特に新規参入の健康保険者には対応できない面もあったと言われている。また、州内の全ての健康保険者が拠出し ACA exchange に参加する健康保険者が資金を受領する Reinsurance と Risk Adjustment のプログラムでは、ACA exchange 参加健康保険者は外部から補助金を受領している一面があるのに対し、参加者間での資金移転しかない Risk Corridor プログラムではその運営に多くの問題点を抱え不満・問題が噴出しやすくなっているという面もある。

## (2) インターネット完結型販売の難しさと保険募集チャンネルの必要性・重要性

ACA exchange は、インターネットサイトを利用した健康保険の先行例を参考に導入された。従来から伝統的に行われてきた面談による保険販売および郵便を利用した保険販売に対して、情報通信技術を導入し、面談に代替する情報提供システム・質問に回答するシステム等を具備した ACA exchange の保険販売システムは、それ自体がイノベーションであると言える。しかし、このインターネット完結型販売システムが果たしてそのまま全米に普及するかという論点がある。すなわち、健康保険に加入申込する者は、必ずしも健康保険の給付内容、保険料水準の適否、自分のニーズに合っているかについて情報を十分保有して判断している訳ではない。たとえ、保険商品の用語の標準化・明確化、保険給付内容表示の標準化、商品価値判断のアイコン化などをして、なおこの問題は残っている。したがって、何らかの対人援助活動が必要になることがある。

CMS はこの論点に対する回答を既に出している。すなわち、保険代理店・ブローカーは保険申込者を支援する役割を果たしており、重要な存在であることを、ACA exchange に関する説明小冊子<sup>53</sup>で表明している。ただし、保険代理店・ブローカーは各州の保険庁の監督に服していることを考慮して、州保険庁がライセンスを与え監督している保険代理店・ブローカーに限定して、ACA exchange で販売される健康保険商品を扱えるものとした。保険代理店・ブローカーに対する報酬は、州政府等ではなく一般の保険と同じく、保険者または保険申込者から受け取る。さらに 2016 年 2 月には、健康保険者またはブローカーが運営するウェブから ACA exchange での保険加入申込を可能にする経路を構築していると表明している<sup>54</sup>。また、CMS は、SHOP においても保険代理店・ブローカーが果たす役割を認めている。CMS の対応は、インターネット完結型販売の難しさと保険募集チャンネルの必要性・重要性を示すものと考えられる。

しかし、個人市場のセグメントでは、保険未加入者の問題がまだ残っている。保険代理店・ブローカーが支援する保険加入申込者だけが、保険未加入者ではない。彼らも対象にしていない保険未加入者の問題がある。自ら ACA exchange を利用することも、保険代理店・ブローカーを利用することもできない者である。保険未加入者を支援する、ボランティアのコミュニティグループの活動はこの問題に取り組むことができるだろうと、2016 年 2 月の聞き取り調査において専門家が指摘していた。

<sup>53</sup> CMS, "Ways to Help Consumers Apply & Enroll in Health Coverage Through the Marketplace," June 2014.

<sup>54</sup> CMS, "Final HHS Notice of Benefit and Payment Parameters for 2017," Feb. 29, 2016. (visited Mar. 4, 2016) <<https://www.cms.gov/Newsroom/MediaReleaseDatabase/Fact-sheets/2016-Fact-sheets-items/2016-02-29.html#>>.

#### 4. 保険加入者の増加が primary care にどう影響したか

Kaiser Family Foundation と Commonwealth Fund は、2015 年 1 月 5 日から 3 月 30 日まで無作為抽出法で選出したプライマリーケア医 1624 名を対象に共同調査を実施し、公表した<sup>55</sup>。ACA exchange を含む、未加入者の保険加入促進策が実施された 2014 年 1 月以降、保険加入の新規患者が増えたかとの問いに対して、増加したと答えたプライマリーケア医は、回答者全体の 48%であった。この調査結果は、2010 年ヘルスケア改革法の改革が実施された後、受診者は増加し、健康リスクが低減することが期待できるとの示唆を与えている。

#### 5. Private exchange はどこまで進んだか

Private exchange は、インターネットサイトの技術を導入した Exchange システムの一つであり、従来の保険加入方法に対して新規性があるイノベーションであるといえることができる。ACA Exchange が個人加入市場 (nongroup) と小規模団体市場 (small group) のセグメントを対象にするのに対して、Private exchange が対象とするのは、大規模団体市場 (large group) のセグメントである。保険加入申込者は、大企業の従業員である。大企業は、従業員に対する医療保障を含む福利厚生事業を実施する手段の一つとして Private exchange を利用する。Private exchange には、健康保険商品以外も投入され、従業員は雇用主が準備した資金をもとに必要な商品を選択する (一部に自己負担がある)。Private exchange は、健康保険者が設置することも多数の健康保険者の商品を扱う福利厚生専門ブローカーが設置することもある。このように、Private exchange には多様性がある。

Private exchange は、保険者にとって新しい販売チャネルになっていると主張しているレポートがある<sup>56</sup>。同レポートは、最近の Private exchange に関する顕著な動向として、大規模化によって価格に関する交渉力 (leverage) を強化しようとする動きや商品の標準化を進めるコモディティ化の動向をあげている。

2016 年 2 月の聞き取り調査において、福利厚生専門ブローカーも雇用主は余り多くの商品選択を望まず、自社に適合した少数の商品選択を好むと指摘していた。健康保険者は、全米に居住する大企業の従業員と家族を対象にヘルスケアプロバイダーのネットワークを提供する必要があるが、郵便番号 (zip code) 別にきめ細かくできるだけ多数のヘルスケアプロバイダーを準備している健康保険者もあり、また加入手続きの簡素化も進み、Private exchange は、進化していると語っていた。

現職、退職者、アクセス可能者別に、可能性がある最大市場規模と現状を推計した資料がある (《図表 8》)。Private exchange は拡大基調ではあるが、当初予測されていたほど拡大はしていない。しかし、雇用主の関心が高く今後の進展が期待できるというのが、2016 年 2 月の聞き取り調査での大方の意見であった。

<sup>55</sup> The Henry J. Kaiser Family Foundation and The Commonwealth Fund, “Experiences and Attitudes of Primary Care Providers Under the First Year of ACA Coverage Expansion: Findings from the Kaiser Family Foundation/Commonwealth Fund 2015 National Survey of Primary Care Providers,” ISSUE BRIEF, June 2015.

<sup>56</sup> Atlantic Information Services, “Private Exchanges: The New Business Model for Insurers and Employers,” 2014.

《図表 8》 private exchange 利用者数の推計

| 種類      | 可能性がある最大市場規模        | 現状         | かつての予想分析結果      |
|---------|---------------------|------------|-----------------|
| 現職      | 最大 122 百万人          | 最大 3 百万人   | 13 百万人から 15 百万人 |
| 退職者     | メディケア市場では最大 12 百万人  | 最大 1.5 百万人 | 2019 年に 3 百万人   |
| アクセス可能者 | 最大 15 百万人プラスパートタイマー | パートタイマーは不明 | 同左              |

(出典) AON Hewitt, “Exchanges Market Adoption,” Spring 2015

## VI. 新しい事業モデル構築に取り組む健康保険者

### 1. 健康保険者の再編と新しい事業モデル構築の必要性

#### (1) 健康保険者とヘルスケアプロバイダーの再編

現在、健康保険者である大企業同士の再編の動きがある。例えば、大企業同士の合併として業界第三位の Aetna 社と業界第四位の Humana 社の合併がある。合併の結果概ね業界第二位の健康保険者グループとなる。メディケア・アドバンテージの契約者数は、4.4 百万人になる。業界第二位の Anthem 社が、業界第五位の Cigna 社を吸収合併する。合併後の Anthem 社は、民間部門、メディケイド等の契約、国際部門の契約を有し、新契約者総数が業界一となると予想されている。このような合併統合は、寡占的市場を生み出し、競争減殺的になるため、独占禁止法執行当局の審査が必要になるが、これらの二つのグループは 2016 年中の統合を目指している。

ヘルスケアプロバイダーも再編の動きがあり、健康保険者の大企業同士の再編の動きはその動向への対応という側面もある。ヘルスケアプロバイダー業界に関する最近の動向を分析したレポート<sup>57</sup>は、その概況を次のように描写している。ヘルスケアプロバイダー業界も、規制環境の変化、技術進展、資本市場からの圧力および市場のダイナミズムによって統合再編が進み、規模が拡大していく動向がある。病院再編の統合規模も毎年拡大している。病院だけでなく医師も個人開業からヘルスケアプロバイダーグループや健康保険者に吸収されることも多くある。吸収されるのは、医師だけでなく検査機関その他のヘルスケアプロバイダーも含まれる。このような垂直統合的動きが生じている一方、病院が他の病院を吸収合併する水平統合も行われている。さらに、ヘルスケアプロバイダーと健康保険者の間をクロスする事業モデルも今後増加することが見込まれる。健康保険者がその傘下に臨床的ヘルスケアサービスを提供するモデルや、逆にヘルスケアプロバイダーがファイナンスサービスを統合したヘルスケアサービスを提供する商品開発<sup>58</sup>が増加することが予想される。

#### (2) 低収益の伝統的保険事業と資本市場からの圧力

米国のヘルスケアシステムには、主要な当事者として Payor（民間 Payor である民間健康保険者、公的 Payor である政府）、病院・医師等の、患者（保険加入者）が存在し、保険者が競争する保険市場・ヘルスケアサービスコスト償還市場およびヘルスケアプロバイダーが競争するヘルスケアサービスコス

<sup>57</sup> Deloitte Consulting, “2015 health care providers outlook: United States,” 2015.

<sup>58</sup> 英米では、病院が地域住民を対象に事前支払 (pre-payment) を受け、一定期間ヘルスケアサービスを提供する形態は古くから存在していた。

ト償還市場・ヘルスケアサービス市場がある（(図表 2)）。これらの市場は競争的であり、その結果市場参加者にとって低収益に陥りやすい事業環境になっている。

特に、2010年ヘルスケア改革法による健康保険市場は、保険料のうち医療保障給付に当てる割合を法定する Medical Loss Ratio (MLR) などの保険料における利益率を相当程度下げる政策が実施されたため、低収益になりやすい環境になっている。2016年2月の聞き取り調査では、ACA exchange における保険加入者は低価格の保険商品を選択する傾向が強く、その結果この市場は大変価格競争が激しくなり、健康保険者は低価格を実現する商品設計を迫られていると専門家が指摘していた。つまり、健康保険者は、ACA exchange を含む健康保険市場における伝統的な保険引受事業は構造的な低収益性の問題に直面しているのである。

この事業環境では、健康保険者は低収益性を改善するために、市場寡占化を強く志向することになる。この市場での市場支配的地位を作り出すためには、合併による寡占化が必要との判断があるだろうと、2016年2月の聞き取り調査でも指摘されていた。

さらに株式市場に上場している大手健康保険者は、当然資本市場から低収益性の伝統的な保険引受事業を現状のまま続けていて良いのか、さらに収益性の高い事業形態を開発しないのかとの圧力を受けることになる。低収益性の伝統的な保険引受事業に関する解決策として、外部から見ると競争下での寡占化と大規模化がある。寡占化は収益性維持向上に貢献する可能性がある。大規模化は、ヘルスケアプロバイダー等の取引相手に対する交渉力 (leverage) となるので、低収益性を改善できる可能性がある。収益性が高い事業形態の開発に関しては、手数料収益モデルの転換がある。旧来の ASO (Administrative Services Only)<sup>59</sup> という手数料収入の収益モデルから新しい手数料収入がある収益モデルへの転換が試みられている。

2016年2月の聞き取り調査で示された、新しい手数料収入がある収益モデルへ転換を試みている事例を紹介する。Aetna 社は、Aetna グループの一つとして Healthagen 社を創設した。Healthagen 社は、患者と患者となり得る構成員がいる対象集団の健康リスクを改善する population health management のサービスを提供して、その報酬として手数料収入を得る事業体である。population health management のサービスは、CMS が設定した償還方式のカテゴリー 4 (対象集団ベースの償還方式) における対象集団に関する population health management 活動である。このため、個別のヘルスケアサービスに対する償還方式では実現できない。Healthagen 社は、自社の強みと事業内容を、健康保険事業で得た経験・ケアマネジメント技術と各種の技術・解析 (analytics) 能力を結合して、より効果的で支払能力に見合ったヘルスケアを患者に提供するとしている<sup>60</sup>。想定している顧客は、ヘルスケアサービス提供組織 (health care organization) であり、ファイナンスサービスを統合したヘルスケアサービスを提供しようとしているヘルスケアプロバイダーグループ (Enterprise Health Systems)、病院と医師がネットワークを形成している ACO 的なヘルスケアプロバイダーグループ (Enterprise Health Systems)、開業している医師のグループ (Independent Physician Groups) などである<sup>61</sup>。これらは、ヘルスケアプロバイダー側である。結局、健康保険者はその能力をヘルスケアプロバイダーに提供して

<sup>59</sup> 自家保険を行う雇用主から、保険給付請求 (Claim) 処理などを請け負って手数料を収受する方法。

<sup>60</sup> Healthagen 社のホームページ、About Healthagen (visited Mar. 10, 2016) <<http://www.healthagen.com/about-healthagen>>

<sup>61</sup> Healthagen 社のホームページ、Our Markets (visited Mar. 10, 2016) <<http://www.healthagen.com/our-markets>>

手数料収入を得るというモデルである。

2016年2月の聞き取り調査では、このサービス市場でサービス提供できる事業者は限られており、その意味で高収益が期待できるし、また電子カルテ等の情報通信基盤を利用するが既にこの分野は寡占的構造になっているので収益性も期待できるとの見方が示されていた。なお、Aetna社は、Exchangeシステムに関するプラットフォーム技術の有力企業であるBswift社を2014年に買収している。

また、このモデルが高収益になり得る根拠として、Scalabilityという概念で説明されることがある。Scalabilityは情報通信業界で使用される用語である。2016年2月の聞き取り調査でも、大規模化してもコストなどが規模に比例して増えないと言う意味で用いられるとのことだった。つまり、例えばpopulation health managementにおけるベストプラクティスの方法が見つかれば、その方法を多くのところで展開できるが、コストは規模に比例して増えないという点に着目した見方である。しかし、別の専門家は、ヘルスケアサービスは個別的であり地域特性の違いがあり、情報通信関係のサービスとは違っているのでは疑問だという見解であった。

## 2. 様々なイノベーションと新しい事業モデル

### (1) Exchange への ACO model 商品の導入

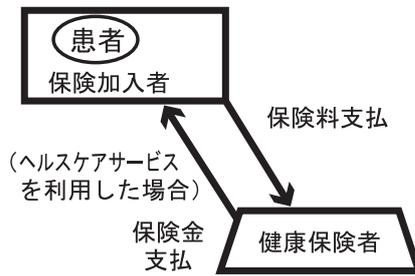
保険の商品設計には二つの方法があるが、健康保険の場合保険者がPayorとしてコストを償還する商品設計が一般的である（《図表9》）。プロバイダー・ネットワークをACOとして組み立てたACOプロダクト商品を、ACA exchangeなどのExchange市場に投入した健康保険者がある。まだその成果は評価できる段階にないが、これはイノベーションを目指した新しい試みの一例である（《BOX.6》）。

#### 《BOX.6》健康保険の商品設計

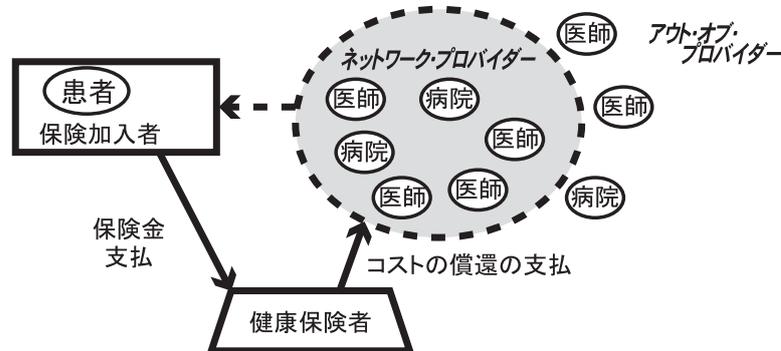
多くの保険商品は、保険者が金銭給付をする商品設計となっている。健康保険でも、保険者が金銭給付のみを行う商品設計もある（キャッシュプランと呼ばれている）が、少数派である。主流派は、保険者がPayorとしてコストを償還する商品設計である。健康保険では一般的に健康保険者はPayorの立場に立つ。Payorの立場に立つと言うことは、保険者は保険加入者に、金銭給付ではなくプロバイダー・ネットワーク（Provider network）を提供していることを意味している。保険者が良質のヘルスケアを提供するプロバイダーを組織化することができれば、保険者は競争上優位に立つことができる。また、組織するプロバイダーと交渉する際、多数の被保険者がいることを武器に交渉するならば、個別に患者がヘルスケアサービスの対価を支払う場合よりも低廉な水準を実現することも可能になる。しかし、プロバイダー・ネットワークだけのプロバイダーに限定することは、患者の選択肢を狭めることでもあるので、プロバイダー・ネットワーク外の利用を、条件を付けて認めることも多い。ACOプロダクトは、このプロバイダー・ネットワークをACOとして設計するものである。すなわち、プロバイダーはコーディネートされたケアを提供する。医師はプライマリーケア医の役割を果たし、その患者に必要なケアを提供するよう専門医・病院に紹介するようにして、無駄なあるいは意味のないヘルスケアサービスを削減するなどの取組をするならば、節減を実現でき、良質でコストパフォーマンスがよいヘルスケアサービスを提供できることになる。

《図表 9》健康保険の商品設計

保険者が金銭給付のみをする商品設計



保険者が Payor としてコストの償還をする商品設計



## (2) ソリューションビジネスへの模索

他の大手健康保険者グループも Aetna 社と同様にソリューションビジネスへの取組をしている。大規模化・寡占化は、生き残りに不可欠であるとの解釈が可能であるが、伝統的なリスク選択による収益モデルを大規模に実施する事業形態から population health management によるリスク低減の Solution を大規模に実施する事業形態への転換というという解釈も可能である。統合再編を進めている健康保険者は、多くのプレゼンテーション資料で、統合再編は単純な大規模化とは異なる、統合再編は Volume ではなく Value を、そして Patient Centric と quality/ cost の両方を追求する手段だと主張している。

現在の様々な試みは、全体として情報通信技術を導入活用したソリューションビジネスへの模索としても理解可能である。しかし、情報通信技術を活用して外部からの参入が現に生じており、異業種からの参入の脅威に対処するという危機感に注目する視点もある。

さらに、健康保険者とヘルスケアプロバイダーとの提携・連携・統合によるソリューションの試みに注目する見方もある。現在進められている健康保険者とヘルスケアプロバイダーとの協働や電子カルテの共有など情報通信技術によって健康保険者がヘルスケアプロバイダーに貢献する関係が進むと、健康保険者とヘルスケアプロバイダーとの境界が曖昧になるとの指摘もある<sup>62</sup>。

現状は、様々な要素が絡み合って模索が進行中であり、将来のまだ姿が見えない段階にある。

<sup>62</sup> Healthcare Intelligence Network, "Healthcare Trends & Forecasts in 2016: Performance Expectations for the Healthcare Industry," 2015.

## VII. 2010年ヘルスケア改革法実施の進展に関する特徴

米国のヘルスケア改革の実施過程における特徴となる論点を整理する。

これまで、米国のヘルスケア改革の実施過程の動向を分析してきた。米国のこれらの経験は、他の国々に多くの示唆を与える。米国の経験には、米国独自の歴史的経緯によってもたらされた特徴もあるが、イノベーションによって生み出された普遍的なメカニズムもある。

2010年ヘルスケア改革法を実施展開していく動きには、イノベーションへの期待と楽観主義、および、ヘルスケアに関する資源利用を Volume から Value へ転換していこうとする流れが底流に観察できるとの前提に立って、特徴となる論点を整理してみる。

第一の論点は、米国は自由な市場取引が活発であり、民間主導の展開が基本であるとの印象があるが、政府部門の関与・リーダーシップが大きい点に関わる。政府部門の関与・リーダーシップは、政府自身はベストプラクティスを発見し、そのベスト・プラクティスを全米に普及する指示統制型ではなく、HCP LAN の組成・運営にみられるように、利害関係者を広く糾合し交流させ、異業種交流的な活動の中から当事者が自己にとってのベスト・プラクティスを発見し展開していくことを支援するサポート型である。イノベーションを促進するには、政府部門の役割はどうあるのが望ましいかという論点がある。

第二の論点は、米国独自の経路依存性が強い側面に関わる論点である。米国では公的な健康保険制度導入が失敗し、次々とパッチ当てをして継ぎ接ぎだらけのヘルスケアシステムになっている(米国では *fragmental* と称することが多い)。その中で、どのように *feasible* な対策が可能かを考えることが進められてきた。2010年ヘルスケア改革法を実施展開していく動きのなかで、ACO モデルなどは *feasible* で漸進的な取組である。革命的な対策は考案できるが、実施は難しいという現実 *pragmatically* に対処するという態度が生じている。*feasible* な対策が可能か、どのように *pragmatically* に対処できるかという論点である。

イノベーションへの大きな期待と楽観主義が広く存在していること、およびイノバティブなアイデアが出てきやすい市場取引が活発であることが米国の特徴である。イノベーションへの取組が促進される環境整備はどのようなものかという論点がある。

また、大雑把に言えば、米国は欧州・日本に比して公的保障の水準・内容は低く、私的保険者を使った社会保険的志向の政策を展開している。この政策は、多くの無保険者の存在を減少させるために実施されている。多くの無保険者の存在は、高い疾病リスクを抱えた集団が多く存在することでもある。疾病予防支援のサービス実施による改善余地が大きいのではないかとの見方が成立しやすい。ある意味でのりしろが大きいのである。疾病予防支援サービスによる改善余地はどの程度期待できるかという論点がある。

第三の論点は、普遍性がある側面に関わる点である。

情報通信技術の導入によるイノベーションの取組は、普遍性がある。この取組を促進するにはどのような方法があるかという論点である。また *Analytics* などの解析技術を活用して資源活用の最大化を図る方法も同種の論点になる。

償還方式の改革に見られる当事者のインセンティブを重視し、効果的にインセンティブを設計することが多く見られる。インセンティブの重視と効果的なインセンティブの設計という論点である。インセ

ンティブに関する論点として、財務的リスクの引受と報酬をどのように関連づけるかという論点もある。